Rok XXXI. Kraków, 13 Sierpnia 1892. Nr. 33.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{8}$ „	„ 6 „

I. Zestawienie szczegółowéj profilaktyki i terapii cholery.

Napisał

Prof. W. Jaworski.

(Dok. Patrz Nr. 32.)

14. Zachowywanie się osób stykających się bezpośrednio lub pośrednio z chorymi. Osoby wchodzące w styczność z chorymi cholerycznymi powinny przeważnie na to uważać, aby wypróżnienia, wymiociny i mocz chorych nie dostawał się na powierzchnię ich ciała lub odzieży, a gdyby to nastąpiło, według wskazówek dla desinfekcyi podanych działać. W téj kwestyi należy posługaczy i rodziny chorych cholerycznych pouczyć i ich dokładnie obznajomić ze znaczeniem i wykonywaniem desinfekcyi. W pokoju, w którym leży lub umarł choleryczny, albo znajdują się odchody i inne przedmioty zanieczyszczone przez cholerycznych, nie należy sypiać a pod żadnym warunkiem jadać.

Praczki, których odsetek śmiertelności podczas epidemii cholerycznéj bywa często większy niż ludzi innych zawodów, należy pouczyć, aby bieliznę z cholerycznych brały do prania tylko po dokładnéj desinfekcyi za pomocą pary.

Ponieważ krewni pielęgnując cholerycznych już z natury rzeczy w częstsze i ściślejsze zetknięcie z chorymi przychodzą, przeto więcéj się na zakażenie narażają niż obcy, to należy w tym kierunku dążyć, aby pielęgnowanie bezpośrednie chorego pozostawili obcym rękom, a zatrzymali tylko nadzór ogólny.

Lekarz zawołany do chorego cholerycznego powinien się upewnić, czy w mieszkaniu chorego znajdują się środki desinfekcyjne, a jeżeli takowych niema, kazać zakupić. Pożądanem jest, aby lekarz na nieprzewidziane przypadki miał przy sobie pastylki prasowane sublimatu, jakoteż wodę antiseptyczną do płukania ust. Jeżeli odzież lekarza zostanie zanieczyszczona wymiocinami lub odchodami, to należy natychmiast miejsca zanieczyszczone wymyć ręcznikiem umaczanym w sublimacie (1:5000), a przyszedłszy do domu posłać odzież do desinfektora, albo wywiesić na przewiewie powietrza na strych na tydzień, następnie jeszcze przez dzień za gorącym piecem wysuszyć i dopiero dać do wyczyszczenia. Po każdéj wizycie lekarskiéj należy ręce dokładnie roztworem sublimatu wymyć, a przybywszy do domu jeszcze raz powtórzyć, wycierając palce szczoteczką, która ma stale leżeć w roztworze sublimatu; ubranie zaś przez dzień noszone powiesić w miejscu suchem i ciepłem przynajmniéj przez 24 godzin i dopiero dać do wyczyszczenia.

Prawdopodobnie zachowaniu czystości i ostrożności należy przypisać, że chorobliwość lekarzy podczas epidemij cholerycznych, nawet w szpitalach cholerycznych bywa zwykle mniejszą niż reszty ludności. Tak np. w Paryżu w r. 1850 na 1600 lekarzy zachorowało tylko 3. W Saksonii w r. 1866 na 150 lekarzy cholerycznych żaden nie umarł, zaś w r. 1873 z 50 lekarzy cholerycznych wprawdzie 3 zachorowało, ale żaden nie umarł, pomimo, że w praktyce cholerycznéj zdarza się, że chory wymiocinami pryśnie na odzież a czasem i na twarz lekarza. Na téj podstawie wielu lekarzy przeczy udzielaniu się zarazka od człowieka do człowieka (Pettenkofer, Chałubiński i inni). Zwłaszcza przy pierwszem pojawieniu się choroby w Europie przeważna część lekarzy uważała cholerę za chorobę nie zaraźliwą.

Najwięcéj z lekarzy cholerycznych narażeni są na zakażenie lekarze choleryczni po naszych powiatach, prawdopodobnie nie z powodu jazdy po złych drogach, gdyż wożenie chorych cholerycznych na wózkach w celu wywołania wstrząsania, należało do metod leczniczych praktykowanych w czasie epidemij amerykańskich, jak to jeszcze po dziś dzień w użyciu jest w kamicy żółciowéj w Indyjach Wschodnich, — ale z powodu niewygód w podróży i wyczerpującego zajęcia dniem i nocą ustrój staje się mniéj odpornym przeciw zakażeniu. Niektóre wskazówki, które tu przytoczę, mogą być dla tych lekarzy pożądane.

Lekarz choleryczny powinien się postarać dla swéj osoby o posługacza jemu oddanego zupełnie, a o ile możności inteligentnego i pojętnego; podczas podróży ubierać się ciepło i nosić flanelę; jeżeli jest skłonny do biegunki, nosić opaskę na brzuchu, pić herbatę z dobrem winem czerwonem, ewentualnie z taniną; powinien mieć ze sobą odzienie do przebrania się, w razie gdyby to, które ma na sobie, zostało zanieczyszczone odchodami cholerycznemi. Zanieczyszczone suknie należy szybko w ciepłem miejscu lub na słońcu dokładnie wysuszyć, a jeżeli to nie jest możliwem, to je włożyć do kauczukowego lub ceratowego worka, których kilka w zapasie mieć trzeba, w celu możności oddzielenia przedmiotów podejrzanych od innych. Lekarz choleryczny powinien się zaopatrzyć w środki desinfekcyjne i dla swojej osoby, mając przy sobie: pastylki sublimatowe, kw. salicylowy, taninę, kw. winowy, solny i t. p. i we wodę antiseptyczną do płukania ust. Pod żadnym warunkiem nie powinien lekarz choleryczny przyjmować pokarmów i napojów w domach tych miejscowości, w których panuje epidemija. Najlepiéj zrobi, jeżeli się zaopatrzy w własną kuchenkę do gotowania, niezbędne naczynia stołowe, pokarmy i napoje, jak: dobre wino czerwone (mniéj stosowne są wódka, koniak, rum), czekoladę, kakao, herbatę, cukier, sól, dobre wędliny, konserwy i sucharki fabryczne w hermetycznem opakowaniu, wyciąg Liebiga i mączki preparowane do robienia zup, z których lekarz może sobie łatwo swojéj służbie kazać przygotować ciepłe potrawy. Najgłówniejszym pokarmem lekarza cholerycznego po naszych wsiach będą zapewne stanowić jaja, które należy gotować w rozczynie kw. salicylowego (3:1000). Wodę miejscową należy pić dopiero po zakwaszeniu kw. solnym (5 kropel na szklankę) lub kw. winowym (0·7 na $^1/_4$ litra) i po pozostawieniu przez $^1/_2$ godziny, aby przez ten czas laseczník p. utracił swą żywotność. Najstosowniejszym jednak napojem będzie świeżo przyrządzona herbata z winem czerwonem. Na nocleg należy najschludniejsze i najsuchsze domy wybierać.

* * *

Czy cały zasób powyżéj wyłuszczonych ostrożności profilaktycznych wraz z rozporządzeniami władz sanitarnych już dziś został wyczerpany i czy one potrzebie praktycznéj zadość czynią, tylko przyszłość może pouczyć, zwłaszcza że nie poznaliśmy zapewne dotąd wszystkich warunków i dróg, którymi się zarazek choleryczny szerzy, a może i niejeden na podstawie faktów laboratoryjnych wysnuty przepis, okaże się w praktyce zbytecznym. Lekarz jednak ze wszystkiemi możliwościami liczyć się musi dopóty, dopóki takowe przez doświadczenie albo stwierdzone albo zaprzeczone nie zostaną. Czy przy naszych dzisiejszych środkach profilaktycznych jest człowiek w stanie ochronić się na pewno przed zakażeniem cholerycznem, jest rzeczą wątpliwą, a to nie tyle z przyczyny ich niedostateczności, jak raczéj z powodu niemożności zastosowania takowych w każdym przypadku. Przy dzisiejszym rozwiniętym ruchu międzynarodowym, wobec obowiązków rodzinnych i zawodowych, jednostka nie może się tak oddzielić od społeczeństwa przez przestrzeganie przepisów profilaktycznych, aby ominęła każdą sposobność do zakażenia. Nasze przepisy profilaktyczne mogą tylko zmniejszyć znacznie szanse zakażenia się zarazkiem cholerycznym i to tem skuteczniéj, im poziom inteligencyi ludności jest wyższy.

II.

Ważniejsze szczegóły z patologii klinicznéj.

Bez wyrobienia sobie poglądu na istotę cholery i na związek objawów chorobowych między sobą, postępowanie lecznicze w téj chorobie byłoby pozbawione wszelkiéj racyjonalnéj podstawy i prowadziłoby na manowce.

Laseczník przecinkowy, dostawszy się przez żołądek do jelita cienkiego, rozmnaża się tu w treści alkalicznéj i usadawia się nadto między przybłonkiem, zwłaszcza około kępek Peyera i w gruczołach mieszkowych. Obecność laseczníka w ścianach jelita cienkiego sprawia miejscowo zmianę anatomiczną tylko taką, jaką napotykamy w ostrym nieżycie tegoż; tylko wyjątkowo przychodzi do owrzodzeń dyfterytycznych. Toksyny zaś choleryczne wytwarzające się w jelicie przechodzą do obiegu krwi i wywołują ogólne zatrucie choleryczne ustroju. Stosownie do odporności pojedynczego osobnika, jakości treści jelitowéj i ilości zarazka przebywającego w jelicie cienkim, objawy choleryczne bywają lżejsze lub cięższe.

a) W najlżejszéj formie (*diarrhoë cholerica*) bardzo często podczas epidemii cholerycznej się zdarzającéj, przychodzi tylko do kilkodniowych objawów, jakie napotykamy w *enteritis subacuta*: Stolce płynne śluzowe, 3—7 razy dziennie, są jeszcze żółto ubarwione i zachowują woń kałową. Forma ta zwana śluzową kończy się pomyślnie (99% wyzdrowień), stolce jednak zawierają laseczníki p. i są dla otoczenia niebezpieczne.

b) Nieco cięższa forma (*cholerina*) przebiega pod objawami *gastroenteritis acuta*, jako biegunka surowicza. Stolce liczne, zupełnie płynne, zaledwie ślad żółtego zabarwienia przedstawiające, znaczne osłabienie, silne pragnienie, ilość moczu zmniejszona, lekkie kurcze w łydkach, ciepłota obniżona, tętno zwolnione. Po 8—14 dniach przychodzi najczęściej (93%) do wyzdrowienia. Dla klinicysty jest to rzeczą w leczeniu cholery bardzo niedogodną, że nie ma oznak, po którychby mógł powiedzieć, czy ten stan się zatrzyma i przejdzie we wyzdrowienie, czyli też w następną cięższą formę.

c) Przy znacznem zatruciu zarazkiem cholerycznym rozwija się właściwy napad choleryczny (*insultus cholericus*). Najczęściéj po uprzedniem obniżeniu ciepłoty skóry i 1—3 dniowem trwaniu lżejszéj formy pod *a*) opisanéj, a niekiedy i nagle, zwykle w nocy rozpoczyna się napad obfitemi kilkunastorazowemi wypróżnieniami, które wkrótce stają się wodniste, podobne do serwatki, przytem pojawiają się często wymioty i czkawka. Stolców serwatkowych nie można uważać jako wypocinę zapalną, ale jako przepocinę gruczołową, gdyż w niéj nie znajduje się ani przybłonek jelitowy, ani ciałka wypocinowe ani znaczniejsze ilości ciał białkowych, przeważają sole sodowe i potasowe, mocznik lub węglan amonowy i prawie czyste kultury laseczníka przecinkowego. Częstość wypróżnień przemawia za silnem wzmożeniu ruchu robaczkowego jelit. Wobec niewielkich stosunkowo zmian anatomicznych w ścianach jelita, a ogromnéj ilości stolców surowiczych w cholerze, należy przypuścić, że pojawienie się takowych musi polegać na tle nerwowem, mianowicie na zadziałaniu toksynów, w sposób porażający, na nerwy kreskowe. Przepacanie surowicze w cholerze ogranicza się tylko do

jelita cienkiego, żołądek i jelito grube nie biorą udziału, lecz natomiast w całym przewodzie pokarmowym istnieje wzmożony ruch robaczkowy, wymioty gwałtowne, często nie dające się powstrzymać, obok tego prawie zupełne upośledzenie wessania, co przy podawaniu leków uwzględnić należy.

Z nagłéj utraty ogromnéj ilości wody przez stolce, tłomaczy się pewna część zaraz pojawiających się i życiu zagrażających przypadów cholery. Krew się zagęszcza, ilość jéj staje się coraz mniejszą, lewa kómórka serca i cały układ tętniczy wypróżniają się. Powstaje uczucie kołatania serca, uderzenie koniuszkowe staje się niewyczuwalne, tony rozkurczowe znikają, podczas gdy skurczowe są połączone ze szmerami, tętno słabnie, staje się nitkowate, a po 24 godzinach takowego wyczuć nie można, co czasem 2—3 dni trwa, nim śmierć nastąpi. Okoliczność ostatnia nakazuje pewną ostrożność przy stwierdzaniu śmierci u cholerycznych.

Krew zagęszczona nagromadza się przeważnie w naczyniach włoskowatych i w początkach żylnych. Pojawia się sinica na wargach, paznogciach, kończynach i w oczodole. Przez płuca mała tylko ilość krwi zagęszczonéj z trudnością się przedostaje, ztąd uczucie ciężkości, duszenia i lęku, a tylko niedostateczna ilość tlenu może się do ustroju dostać; utlenienie w tkankach w wysokim stopniu bywa upośledzone, a krew coraz więcéj przybiera wejrzenie krwi żylnéj.

Osłabienie czynności serca zależy także w znacznéj części od działania toksynów, gdyż i w przypadkach, w których niema zbyt obfitych stolców, pojawia się także znaczne a czasem i nagłe osłabienie serca, a w *cholera nostras*, pomimo również obfitych stolców, osłabienie czynności serca nie dochodzi do tak wysokiego stopnia, jak w cholerze azyjatyckiéj.

Ciepłota na powierzchni ciała (najprzód nosa, policzków) opada, na kończynach może wynosić 35—20°, w jamie ustnéj 30°, w pochwie zaś i odbytnicy dochodzi do 39°, a w miarę tego jak się koniec zbliża, podwyższa się tam do 40° i 42°. Powietrze wydychane podobnie jak i skóra chłodne, a sinica ogólna — okres chłodu (*stadium algidum et asphycticum*). Wydzielanie wszystkich gruczołów: wątroby, ślinianek, gruczołów łzowych, a co dla lekarza jest bardzo ważnem, nerek, ogromnie się zmniejsza lub ustaje zupełnie. Pojawia się *anuria* nawet kilka (4) dni trwająca. Dzieje się to raz z powodu zmniejszenia ilości krwi, a powtóre z przyczyny zmniejszonego parcia krwi w układzie tętniczym. Ustanie czynności nerek prowadzi do nagromadzenia przetworów rozkładowych (mocznika, kw. węglowego itd.) jakoteż toksynów cholerycznych we krwi i tkankach, przez co pojawiają się po przebyciu napadu objawy uremiczne. Nerki zaś same przedstawiają obraz zwyrodnienia miąższowego.

Opadanie ciepłoty na powierzchni ciała, a podwyższenie się jéj w narządach wewnętrznych, przypisać należy we większéj części zatruciu cholerycznemu i upośledzeniu przemiany materyi w ustroju.

W miarę jak krew się zagęszcza, utracają wszystkie tkanki coraz więcéj wody, gdyż naczynia włosowate ją chciwie chłoną; a ponieważ i przemiana materyi w tkankach jest do minimum ograniczona, ztąd pojawiają się pewne objawy: trapi chorego nieugaszone pragnienie, a często i uczucie palenia wewnętrznego, skóra staje się wiotka, utraca swą sprężystość (fałd skóry się nie wyrównywa), mięśnie są twarde, stężone i bolesne, w takowych pojawiają się kurcze bolesne, najczęściéj w kończynach dolnych. Słabnie w swéj czynności narząd głosowy, głos staje się stłumiony (*vox cholerica*), lub znika zupełnie. Czynność układu nerwowego bywa upośledzoną, odruchów przez drażnienie skóry lub błon śluzowych, np. wymiotów wywołać nie można, a chorzy najczęściéj stają się apatyczni, leżą jak bezwładni.

Napad choleryczny w *stadium asphycticum* kończy się najczęściéj śmiercią, bo w 80% lub więcéj przypadkach (Griesinger). Wypróżnienia przy końcu zwykle ustają, oddechanie staje się płytkie, nastaje bezgłos, z tętnic nakłutych krew nie wypływa, tony i szmery w sercu znikają. Wobec szybkiego przebiegu napadu cholerycznego działanie terapeutyczne musi być rychłe i energiczne.

W przypadkach, w których napad kończy się wyzdrowieniem, ciepłota skóry najsamprzód na tułowiu się podnosi, sinica się zmniejsza, pojawiają się dość często lekkie poty, we wypróżnieniach lub wymiocinach ślad żółci, tętno staje się wyraźniejsze, mocz zaczyna się wydzielać, o czem należy pamiętać, gdyż często z powodu niemożności oddania pierwszego moczu trzeba użyć cewnika.

W innych znów przypadkach chory przebywszy *stadium algidum* wpada w choroby następowe, w durzycę choleryczną, która może trwać tygodniami i jeszcze chorego życia pozbawić. Durzyca choleryczna pojawia się albo jako choroba niezlokalizowana wysoko-gorączkowa, przypominająca dur, albo przy ciepłocie prawidłowéj we formie uremii, co się wtedy zdarza, jeżeli mocz przez dłuższy czas został w zupełności powstrzymany, albo wreszcie pod objawami ropnicy lub zmian dyfterytycznych w jelitach (dysenteria).

Bywają rzadkie przypadki nagłego napadu cholerycznego, w którym chory w krótkim czasie przy objawach nagłego osłabienia czynności serca, pojawieniu się sinicy bez wystąpienia stolców cholerycznych (*cholera sicca*) ginie. Przyczyny w tych przypadkach musimy szukać w ciężkiem i nagłem zatruciu toksynami cholerycznemi, przez co nagle porażone jelita w nich zawartych stolców cholerycznych wydalić nie zdołają.

Przebieg cholery u dzieci bywa nieco odmienny, mianowicie szybszy; wymioty, kurcze i sinica nie bywają tak wybitne, jak u dorosłych.

Powtórne zapadnięcie na cholerę podczas téj saméj epidemii należy do rzadkości.

Odsetek śmiertelności z wszystkich przypadków zapadłych na cholerę wynosi przeciętnie 50% lub więcéj tak, że każdy drugi chory umiera, jak to np. z następujących większych dat statystycznych się okazuje:

W Paryżu	w r. 1842	na 39.403	chorych umarło	18.654
„	„ 1849	„ 35.449	„ „	19.184
„	„ 1853-4	„ 17.798	„ „	9.096
W Król. Polsk.	„ 1852	„ 46.000	„ „	21.000

W pierwszym okresie panowania epidemii bywa odsetek śmiertelności większy niż w drugim.

III.

Część terapeutyczna.

A.

Od r. 1831, kiedy u nas epidemija choleryczna pierwszy raz się pojawiła, sposoby leczenia takowéj w każdéj następnéj epidemi się zmieniały, stosownie do każdoczesnego pojmowania istoty choroby. Jednak żaden z tych sposobów nie wydał zadowalających wyników i w téj mierze jak zyskiwal zwolenników, pojawiali się i przeciwnicy. Oprócz środków stosowanych przez klinicystów, opierających się na każdoczesnym kierunku nauki lekarskiéj, pojawiali się pomiędzy lekarzami i nielekarzami liczni wynalazcy specyfików cholerycznych tak, że niema może w całéj farmakopei ani jednego środka, któryby nie był używany lub zachwalany przeciw cholerze. Jednak z tego chaosu metod i środków cholerycznych nie wyłonił się żaden swoisty lek. Koniec zupełnemu bezładowi terapeutycznemu położył rok 1883 przez odkrycie lasecznika przecinkowego. W miarę jak utrwala się zdanie, że ten lasecznik jest chorobotwórczy, a jego biologiczne stosunki sprawiają przypady choleryczne w ustroju, — dla zabiegów terapeutycznych zakreśla się pewien kierunek. Chociaż jeszcze i dotąd wyniki nowszych zabiegów terapeutycznych pozostawiają bardzo wiele do życzenia, to przynajmniéj wiemy, gdzie i w jakim kierunku mamy zabiegi czynić, i które środki prawdopodobnie mogą terapeutyczny skutek odnieść, a które będą bezskuteczne lub wprost szkodliwe. Wiemy obecnie, że cholera, analogicznie jak błonica, lokalizując się pierwotnie do jednego miejsca, zatruwa ztąd bardzo szybko cały ustrój i staje się ogólną chorobą zakaźną. Mając nadto na względzie powyżéj opisane szczegóły kliniczne, to według naszego dzisiejszego zapatrywania się na istotę choroby wskazania lecznicze w cholerze muszą być następujące:

1. Musimy działać na źródło zakażenia znajdujące się w jelicie cienkiem, tj. starać się laseczniki w tem miejscu uczynić nieszkodliwemi, i to o ile możności zawczasu, nim one ogólne zakażenie wywołają. Jeżeli zważymy, że w błonicy, gdzie lasecznik Löfflera rozwija się na powierzchni nam dostępnéj do bezpośredniego zadziałania, trudno nam przychodzi takowy uczynić nieszkodliwym i chorobę przerwać, a przy obszerniejszem zajęciu błony śluzowéj to się wcale nie udaje, to zadośćuczynienie temu wskazaniu w cholerze będzie miało jeszcze z większemi przeszkodami do czynienia. Do jelita cienkiego dostajemy się tylko pośrednio przez żołądek albo jelito grube.

Wobec znacznej ilości nagromadzonego w jelicie cienkiem płynu, jaki bywa w napadzie cholerycznym, musielibyśmy bardzo znaczną ilość środka niszczącego lasecznik p. wprowadzić. Temu jednak w przebiegu napadu cholerycznego stoi na przeszkodzie wygórowana wrażliwość żołądka, który często podczas napadu zwyczajną wodą wymiotowuje. Przez odbyt możnaby wprawdzie wprowadzić do jelita cienkiego potrzebną ilość środka działającego na lasecznik, ale do tego należałoby użyć znacznéj ilości płynu (2—4 litrów), aby przez zastawkę Bauhiniego się przedostać. Prawdopodobnie możnaby przeto chorobę przerwać w samym początku, tj. kiedy lasecznik znajduje się tylko w treści jelitowéj, a nie usadowił się jeszcze w przybłonku jelit; w ostatnim przypadku możność jego zniszczenia jest wątpliwa. Musimy jednak przy wprowadzaniu środków niszczących lasecznik do jelita, mieć na uwadze, że przez zadziałanie środkami drażniącemi na błonę śluzową przewodu pokarmowego zrobilibyśmy prawdopodobnie to smutne doświadczenie, że im silniéj kauteryzujemy naciek błonicowy, tem więcéj się on rozszerza.

2. Następnem wskazaniem byłoby toksyny, które laseczniki p. wytwarzają, uczynić nieszkodliwemi. Takowe znajdują się w początku przeważnie w jelicie, a późniéj przechodzą do ustroju. Ciała trujące ptomainowe, które zalegają w jelicie, możnaby albo przez wprowadzenie środków przeczyszczających wydalić, co jednak samo przez się podczas napadu cholerycznego się dzieje, albo przez zamianę ich na związki nierozpuszczalne ciałami strącającemi istoty białkowe (sole metalów ciężkich, kw. garbnikowe). Trudniejszą byłoby rzeczą uczynić je nieszkodliwemi, jeżeli dostały się już do obiegu ogólnego. Jednak zniszczenie toksynów cholerycznych i tu nie należy do niemożności, i jest kwestyją przyszłości, jeżeli zdołamy otrzymać dla człowieka antytoksyn choleryczny, jak to ze skutkiem praktycznym otrzymali Foà i Emmerich antytoksyn dla zapalenia włóknikowego płuc, a Tizzoni i Cattani dla tężca. — Wprawdzie Ferran, który w roku 1885 tysiącom ludzi w Hiszpanii wstrzykiwał podskórnie kultury choleryczne, nie zdołał według sprawozdań niemieckich autorów, takowych ani od zakażenia ochronić, ani przebiegu choroby wstrzymać; jednak zdaje mi się, że kwestyja ta jest na dobréj drodze, gdyż późniejsze doświadczenia Gamalei na zwierzętach, potwierdzone przez Zäsleina wykazały, że udaje się zwierzęta na zakażenie lasecznikiem przecinkowym uczynić odpornemi, a według Behringa przez wprowadzanie surowicy zwierząt ze sztuczną odpornością, nawet je wyleczyć. Dziś, gdy ta sprawa dla praktyki jest jeszcze niedojrzałą, będziemy się starali toksyny z ustroju wydalić przez podniecenie wydzielenia narządów gruczołowych, a zatem pobudzać do wydzielania potów, moczu itd.; a to moglibyśmy łatwo uskutecznić przez wprowadzenie znacznéj ilości wody do ustroju (przepłukanie ustroju), jak to Sahli dla ostrych chorób zakaźnych wogóle poleca. Wprowadzenie wody u cholerycznych napotyka jednak na pewne trudności. Siła chłonienia przewodu pokarmowego jest bardzo zmniejszoną, a pobudliwość żołądka do wymiotów znaczna. Jednak zawsze można liczyć na to, że pewna ilość wody, zwłaszcza ciepłéj, zostanie przez jelito grube wessana.

3. Nie mogąc obecnie toksynów znajdujących się w obiegu zniszczyć, musimy się starać szkodliwe ich skutki na narządy, o ile są nam dziś znane, osłabiać. Sposobu ograniczenia przepacającéj się cieczy surowiczéj ze ścian jelita cienkiego nie znamy, bo nawet nie wiemy, czy to przepacanie pochodzi wskutek bezpośredniego zadrażniania komórek gruczołowych przez laseczniki p. albo ich przetwory, czyli też przez zatrucie nerwów je zaopatrujących, co ostatnie jest najwięcéj prawdopodobnem. Gdybyśmy nawet posiadali środek na powstrzymanie nadmiarowego surowiczego wydzielania, to jeszcze nie możemy wiedzieć, czy intoksykacyja ogólna nie stałaby się przez to większą. Pozostaje przeto przeciwdziałać przeciw zubożeniu krwi w sole i wodę, aby z braku dopływu krwi do serca, jego czynność nie ustała, aby w zagęszczonéj krwi nie nagromadzały się ciała rozkładowe i kw. węglowy, aby przez dostateczną ilość i prawidłowy obieg krwi dostawał

się tlen do krwi i tkanek. Ilość wody, którąbyśmy w przypadkach obfitych wypróżnień dla osiągnięcia powyższych celów przez odbytnicę wprowadzić mogli, byłaby nie wystarczającą. Musimy przeto wziąć pod uwagę potrzebę wprowadzenia wody wprost do układu naczyniowego. Jednak i mechanicznymi środkami równocześnie użytymi, możemy do pewnego stopnia dopomagać, aby krążenie zagęszczonéj krwi przynajmniéj w obwodowych naczyniach pobudzić i sinicę zmniejszyć, n. p. przez drażnienie, rozcieranie skóry, ugniatanie mięśni itp.

Przeciw ogromnemu obniżeniu ciepłoty powierzchni ciała nie mamy obecnie innego środka, jak doprowadzenie ciepła zewnątrz przez ogrzanie, picie gorących naparów, gorące lawatywy i mechaniczne drażnienie skóry.

Szybkie a niekiedy nagłe osłabienie czynności serca, nawet w przypadkach, gdzie zagęszczenie krwi prawie nie ma miejsca, jak w cholerze suchéj, musimy kłaść przeważnie na karb intoksykacyi cholerycznéj. Podtrzymanie czynności serca w napadzie cholerycznym jest dla terapii bardzo utrudnionem, raz że serce wskutek słabego obiegu krwi zagęszczonéj źle bywa odżywiane, a powtóre, że trudno przychodzi na nie lekami zadziałać, gdyż siła chłonnicza przewodu pokarmowego jest bardzo upośledzona, a ta mała ilość środka, która do obiegu się dostanie, bardzo zwolna po tkankach się rozchodzi.

Jeżeli więc zamierzamy zadziałać w cholerze bądź na serce, bądź na układ nerwowy, musimy użyć maksymalnych dawek dozwolonych licząc się jeszcze z tem, że podana dawka z wymiocinami albo z wypróżnieniami zostanie wydaloną. Podobnież i do wstrzykiwań podskórnych należy większych dawek niż zwykle używać, gdyż wymięszanie takowych w gęstéj krwi, rozejście się po ustroju utrudnia.

B.

Powyżéj przytoczonym zasadom terapeutycznym opartym na nowoczesnem pojmowaniu istoty cholery, odpowiada najwięcej postępowanie które obmyślił Cantani dla leczenia napadu cholerycznego, a które w ostatnich epidemijach (1884—1886) w Neapolu, Tryjeście i Peszcie przebyło swą próbę.

Leczenie napadu cholerycznego według Cantaniego polega na stosowaniu gorących lewatyw z wodnego rozczynu taniny *(enteroclysis)* i na wstrzykiwaniach podskórnych rozczynu wodnego solno-alkalicznego *(hypodermoclysis).*

Do enteroklizy garbnikowéj używa Cantani:

Infusum Florum Chamomillae	*2000·0*
Acidi tannici	*10—20·0*
Trac laudani simplicis guttas	*X—XX.*

Wprowadza się całą ilość rozczynu przy ciepłocie 38—40° C. na jedną lewatywę. Im chory takową dłużej (godzinę i więcej) utrzymać potrafi, tem działanie lepsze.

Podawanie lawatyw rozpoczyna się, skoro biegunka się okazuje; a powtarza się podawanie kilka razy, zwłaszcza jeżeli chory takową długo nie zatrzymuje. Cantani twierdzi, że te 2 litry wprowadzone w lewatywie przechodzą przez zastawkę Bauhiniego, a czasem dostają się nawet do żołądka i bywały wymiotowane. Ja sądzę, że to nie u wszystkich osób się udaje, i trzeba dla osiągnięcia tego celu przeciętnie trzy litry i więcej płynu naraz do jelit wprowadzić. Cantani zauważył, że po należytem zastosowaniu enteroklizy garbnikowéj, chorzy stają się swobodniejsi, wydzielenie moczu się utrzymuje i do rozwoju *stadium algidum* nie przychodzi.

Równocześnie używa Cantani wprowadzanie wody podskórnie, hipodermoklizę z zachowaniem wszystkich ostrożności wskazanych przez antyseptykę, używając następującego rozczynu:

Aq. dest. sterilisastae	*1000·0*
Natrii carbonici	*3·0*
Natrii chlorati	*4·0*

Całą ilość tego rozczynu, ogrzanego do 38—40° C. wprowadza się po nakłóciu trójgrańcem w okolice: *lumbo-abdominalis*, *inguinalis*, *intrascupalaris*, albo *glutei.* Jeżeli przy wprowadzaniu, które ma się zwolna odbywać, utworzy się obrzmienie podskórne, to należy takowe, przerwawszy dopływ wody przez zamknięcie kurka, tak długo rozcierać dłonią, aż zniknie.

Przyrząd¹) Cantaniego do hipodermoklizy, składa się z podwójnego naczynia, z wewnętrznego o objętości 2 litrów, w którem się płyn do wstrzykiwania znajduje i ze zewnętrznego, suknem obleczonego, który jest 2—3 litrami wody gorącéj napełniony, aby ciecz injekcyjna stałą ciepłotę zatrzymała. Od wewnętrznego naczynia zaopatrzonego u dołu rurką i kurkiem, prowadzi rurka kauczukowa na 2 metry długa zakończona kaniulą z kurkiem, poniżej którego kończy się trójgraniec służący do przebijania skóry.

Aby wessanie rychło następowało, dobrze jest dać choremu wprzód nożną kąpiel gorczycową o 40° C. Hipodermokliza podaje się metodycznie co 4 godziny, nieczekając, aż przez obfite stolce i wymioty przyjdzie do zupełnego zagęszczenia krwi. Przed stosowaniem hipodermoklizy, należy podać enteroklyzę. W razie potrzeby można w hipodermoklizie wprowadzić do obiegu ciała podniecające, dodając np. nieco wyskoku do cieczy injekcyjnej. Ciepłotę cieczy injekcyjnéj należy kontrolować, kładąc rękę na obrzęk injekcyjny. W razie powtarzania hipodermoklizy należy coraz w inne miejsce nakłówać. Jeżeli lekarz nie może stale zająć się jednym chorym, a ma bardzo dobrze wyćwiczonego i pewnego posługacza np. w szpitalu, to może pozostawić wprowadzoną kaniulę pod skórą, i polecić posługaczowi, aby w danym czasie lub w danym wypadku połączył kaniulę z przyrządem i wskazaną ilość płynu wprowadził. O powyższych zabiegach wyraża się sam Cantani w następujący sposób:

„Gorąca enterokliza garbnikowa odpowiada przedewszystkiem wskazaniu, aby rozmnożenie laseczników p. powstrzymać, bądź wprost przez zabicie lub osłabienie ich, bądź przez słabe zakwaszenie treści jelitowéj wytwarzający się jod ptomainowy zamienić na nierozpuszczalne garbnikany, któreby do krwi nie zostały wessane, a następnie wskutek własności czmiących garbnika działać korzystnie na błonę śluzową jelita.

Gorąca hipodermokliza solna ma zadość czynić wskazaniu, aby ubytkowi wody, a przeto zagęszczeniu krwi, wyschnięciu tkanek i brakowi w nich tlenu przeciwdziałać, aby przez to nietylko pracę serca ułatwić i obieg krwi przywrócić, ale tak krew jak i tkanki od

¹) Takowy można nabyć u firmy: L. et H. Löwenstein in Berlin, Sophienstrasse 8, za cenę 18 marek.

produktów rozkładowych uwolnić, a wskutek wydzielenie we krwi nagromadzonego ptomainowego jadu cholerycznego, grożącego porażeniem, ułatwić.

„Trzeba było się przypatrzeć chorym, którzy pozornie bez życia i tętna, zesiniali, bez głosu, zimni i zaschli leżeli, a po gorącéj podskórnéj infuzyi, w kilku minutach odżyli, tętno i głos powróciły, chorzy mogli usiąść i t. d. a następnie często trwale po krótkiéj i lekkiéj reakcyi przychodzili do zdrowia, albo późniéj ciężkiemu durzycowemu odczynowi ulegli“.

Obydwie infuzyje przynoszą jeszcze przez to korzyść, że wskutek wysokiéj ciepłoty cieczy chłodne ciało się rozgrzewa, a wskutek ciepła serce i układ nerwowy zwłaszcza unerwienie żołądka i jelit zostaje ożywionem. Enterokliza przyczynia się zresztą wskutek częściowego wessania wprowadzonej wody do zmniejszenia zagęszczenia krwi i do utrzymania wydzielania.

Stąd wynika, że gorąca enterrkliza garbnikowa ma najważniejsze wskazanie w okresie zwiastunów i w początkowéj biegunce cholerycznéj, w któréj rozmnażanie lasecznika p. w jelitach a przeto najcięższe objawy i następstwa choroby powstrzymane być mogą. Ona tworzy jeszcze w czasie panowania epidemii osobisty środek ochronny ze wszystkich najniewinniejszy i jeszcze najpewniejszy. Natomiast gorąca hipodermokliza, która ma działać przeciw zagęszczeniu krwi, brakowi tlenu w tkankach i przeciw chemicznéj intoksykacyi krwi, jest wskazaną w rozwiniętym napadzie cholerycznym.

Jeżeli sposób działania obydwu środków uwzględnimy, to się okazuje, że we wypadku cholery rozwiniętéj, będzie korzystnem gorącą enteroklizę połączyć z gorącą hypodermoklizą. Lecz rozumie się samo przez się, że im późniéj takowe stosować się zacznie, tem mniéj należy liczyć na korzystny wynik. Wprawdzie przy użyciu gorącéj enteroklizy w porę, nie przychodzi do znaczniejszego zagęszczenia krwi, a nawet do powstrzymania moczu (*anurii*) tak, że użycie hipodermoklizy staje się zbytecznem. Lecz mimo to wpływ hipodermoklizy przy zagęszczeniu krwi na podniecenie czynności serca bywa tak szybki i wybitny, że w cięższych przypadkach bez niéj obejść się nie można, a nawet jeżeli zagęszczenie krwi nie doszło do znaczniejszego stopnia, to takowa jest jeszcze najlepszym środkiem, aby toksyny choleryczne i wytwory rozkładowe z obiegu wyprowadzić“.

Na dowód skuteczności swego postępowania podaje Cantani statystyczne daty z neapolitańskiéj epidemii. Na 83 chorych pierwszego okresu, u których stosowano enteroklizy, wszyscy wyzdrowieli, podczas gdy z 79 innych chorych tego samego okresu, ale w inny sposób leczonych 45 wyzdrowiało, a 34 umarło. Asystent Cantaniego, Vitone leczył na przedmieściu sobie poruczonem 130 przypadków u których zaraz po okazaniu się biegunki stosował enteroklizy, przyczem wszyscy wyzdrowieli, a to w ten sposób, że w 76 przypadkach nie przyszło do stolców serwatkowych, podczas gdy u 44 takowe się rozwinęły. Tyle co sam Cantani.

Sposób leczenia Cantaniego był stosowany przez innych lekarzy. Prof. Angyán podaje ze szpitala cholerycznego w Buda-Peszcie z r. 1886 następującą statystykę ze stosowania enteroklizy chorych z okresu:

biegunki cholerycznéj	76,	wyzdr. 76	
choleryny	85,	„ 85	
stadium algidum . .	90,	„ 58 (64%),	zm. 32 (36%)
stadium asphycticum	211,	„ 44 (20·8%)	zm. 167 (79·2%)

Lustig ze szpitala cholerycznego w Tryeście z r. 1886 podaje, że na 142 przypadków leczonych zapomocą enteroklizy wyzdrowiało 83 (63%) zmarło 40 (37%). Z tych jednak ostatnich było 15 już w agonii, kiedy im bezskutecznie zastosowano enteroklizę wraz z hipodermoklizą. Z 193 przypadków, które Lustig innemi sposobami leczył, wyzdrowiało tylko 47 (25%) lekko chorych a zmarło 146 (75%).

Co do skuteczności hipodermoklizy, to podaje Cantani, że na 187 ciężkich przypadków leczonych przez podskórne wstrzykiwania wody wyzdrowiało 114 (61%), zmarło 73 (39%). Lepsze wyniki miał Mariani: na 49 przypadków, w których stosował hipo dermoklizę miał tylko 9 (20%) przypadków śmierci. — Angyán zaś miał na 274 ciężkich przypadków w *stadium asphycticum*, w których stosował hipodermoklizę 106 (39%) wyleczonych a 168 (61%) zmarłych; gorszy przeto wynik niż Cantani, lecz zawsze jeszcze korzystniejszy, niż gdyby się innemi sposobami było leczyło, gdyż według Griesingera umiera w *stadium asphycticum* przeszło 80% chorych.

Z dotychczasowych doświadczeń nad sposobem leczenia według Cantaniego wynika, że zależy przeważnie na tem, aby tak entero- jak i hipodermoklizy wcześnie stosować a enteroklizy jak najdłużéj zatrzymywać, a jeżeli takowe odchodzą, często powtarzać; również starać się należy, aby przez stosowne położenie chorego jak największą ilość płynu wprowadzić, by tenże do jelita cienkiego się dostał.

Lewatywy z kw. karbolowego, borowego, fenolo- siarkanu cynkowego według prób Cantaniego okazały się drażniące i niestosowne, lewatywy ze sublimatu bezskuteczne, jak o tem i Lustig w Tryjeście się przekonał. Mała ilość sublimatu, któréj można użyć, wobec soli, ciał białkowych i kw. siarkowodowego w treści jelitowej staje się zupełnie niedziałającą.

Wprowadzenie wody słonej wprost do żył, które jeszcze w r. 1849 uskuteczniali w cholerze Lotta i Barwiński, okazały się mniéj skuteczne, niż podskórne, polecane dla ostrej małokrwistości jeszcze w r. 1878 przez Michaela. Nadto wymagają wszykiwania do naczyń więcéj zachodu i ostrożności.

* * *

W obec powyższego sposobu leczenia sądzę, że nie należy zaniedbywać równoczesnego stosowania jeszcze innych środków w dawnych epidemiach wypróbowanych, a do tych samych celów zdążających, zwłaszcza u chorych w praktyce prywatnéj.

1. Do takich środków pomocniczych należy dobre okrycie chorego pierzynami, rozgrzewania przez okładanie go gorącemi suchemi okładami, jak woreczkami z gorącym popiołem, piaskiem, otrębami, zbożem i t. p. kamionkami lub flaszkami napełnionemi wodą gorącą. Następnie naparzanie chorego wykonywane bez wielkiego zachodu w ten sposób, że wstawia się do łóżka pod nakrycie obok chorego naczynie metalowe do połowy świeżo wypalonèm wapnem napełnione, nalewa na nie wrzącej wody albo też kładzie obok chorego cegły zawinięte w mokre płótno.

2. Pomocniczo działać będzie picie gorących naparów sporządzonych z tradycyjnéj mięty pieprzowéj, z melissy lub rumianku i t. p. Do tych naparów należy dodać kilka kropel kw. solnego na szklankę. Dla odmiany należy mieć na pogotowiu kilka różnych naparów, a między niemi i silny napar zwyczajnéj herbaty z winem czerwonem. Napary powyższe podaje się co kwadrans, ale w małéj ilości ($^1/_4$—$^1/_2$ szklanki), aby zbytnio żołądka nie podrażniać. Jeżeli chory wzbrania się przed napojami ciepłemi, to należy mu podać wodę zwyczajną zakwaszoną kw. solnym, wodę sodową kwaśną, wino szampańskie, a jeżeli i tych napojów nie chce pić, to i czystą wodę zwyczajną w ilości dowolnéj (Meinert). Powyższe napoje wzmacniają działanie enteroklizy. Pewna część wody i cieplika dostaje się do ustroju. Z naparami dostają się ciała do żołądka, a może i do jelit, które działają niekorzystnie na rozwój laseczników p., jak kw. solny, olejki aromatyczne, których część przechodząc do obiegu, działa podniecająco na krążenie i układ nerwowy.

3. Nie do odrzucenia jest tradycyjne stosowanie rozcierań chorego. Należy je połączyć ugniataniami zapomocą palców (miesieniem), aby także i na głębsze pokłady działać. Rozcierania mają przeciwdziałać ustawaniu krążenia w skórze i mięśniach, a pośrednio obniżaniu się ciepłoty. Do nacierań używano cieczy drażniących, wyskoku, octu. Znana jest mięszanina spirytusów do nacierania: *Tra Capsici annui, spiritus camphoratus* i $^1/_2$ *spir. sinapis* (Turnbull, Fouquier). W tym spirytusie macza się płaty flaneli lub sukna i niemi się pociera skórę. Szczotki do rozcierań nie są stosowne, gdyż łatwo ścierają naskórek, a miesienie przy użyciu takowych jest wykluczone. Rozcierania wykonywa się zawsze bez odkrywania chorego pod nakryciem i to dłuższy czas, aż skóra się rozgrzeje i stanie się wilgotną Rozcieranie powinno być przez 2 osoby wykonywane w ten sposób, że takowe stojąc po obydwu bokach łóżka, symetryczne części ciała równocześnie rozcierają.

Powyższe środki i zabiegi można nazwać domowemi, a mają one tę korzyść w praktyce prywatnéj, że mogą być i pod nieobecność lekarza stosowane, a działają we wysokim stopniu psychicznie nie tyle na chorego, jak na rodzinne otoczenie, które na widok rozmaitych zabiegów zapomina o pierwotnéj trwodze i nabiera otuchy spodziewając się pomyślnego zakończenia, a w razie niepomyślnego zejścia lekarzowi nie uczyni zarzutu, jakoby jakiego zabiegu według mniemania rodziny skutecznego zaniechać zaniedbał. Właśnie z psychicznych przeważnie względów, zabiegi domowe aczkolwiek niewystarczające w popularnem wydaniu poleciłem i szczegółowo opisałem.

4. Oprócz stosowania wyżéj wyliczonych zabiegów należy jeszcze w przebiegu napadu cholerycznego niektóre uciążliwe objawy chorobowe usuwać lub łagodzić.

a) Kurcze w kończynach starano się dawniéj łagodzić przez rozcierania spirytusowe, chloroformowe i t. d. Obecnie używamy w tym celu z dobrym skutkiem wstrzykiwań morfinowych (1—2 cgm) w miejsce bolesne.

W celu uśmierzenia kurczu jelit (brzucha) używano rozcierań powłok brzusznych dłonią zwilżoną oliwą.

b) Wymiotów w początkach napadu wcale powstrzymać nie trzeba, jak długo chory wyrzuca treść lub płyny z żołądka, owszem należy mu podać kilka razy do popicia naparów, dla ułatwienia wymiotowania. Jeżeli zaś chory doznaje rwania do wymiotów, nudności, czkawki i już przypuścić można, że cała ilość zawartości żołądkowéj została wyrzuconą, należy ten stan przerwać, gdyż ciągłe rwanie do wymiotowania nie tylko osłabia chorego, ale jest niepożądane z powodu, że z dwunastnicy dostaje się treść z lasecznikami i toksynami do żołądka i tu łatwiej wessaniu uledz może, niż w jelicie chorobowo zajętém. Do powstrzymania wymiotów bywają stosowane: zimna woda sodowa kwaśna, wino szampańskie, kawa czarna, połykanie kawałków lodu wielkości fasoli na łyżeczce z winem czerwoném, gorczyczniki na dołek podsercowy lub nogi. Z leków w tym celu próbowano: *Aether sulf.* po 40 kropli; *Morphii mur.* 0·1 + *Aq. laurocerasi* 5·0 S. 20 — 30 kropli na raz; *Mō* podskórnie; Potio Riverii. Mniej zasługują na zaufanie: Kreosot po 10 kropel we winie, *tra nucis vomicae* 10 — 20 kropel; *liquor ammonii anisati* 25 kropel. Dziś należałoby próbować *mentolu* po 0·2 w rozczynie wyskokowym; *cocainum muriat.* po 0·05 na dawkę i t. d.

c) Wstrzymywanie stolców nie jest wskazane. Wielu lekarzy (Romberg, Goldbaum) utrzymują nawet, że im obfitsze stolce tem lepsze ma być rokowanie. Jednak i nadmierne wypróżnienia serwatkowe wpływają niekorzystnie na stan chorego. Przeciw takowym działają enterokliza i ciepłe okłady na brzuch. Głównym jednak środkiem przez wielu lekarzy we wszystkich epidemiach używana była *tra laudani* we wielkich dawkach (40 — 60 kropel) na raz, o czém w osobnym ustępie jeszcze mowa będzie. Podczas epidemii 1873 zauważałem w kilkunastu przypadkach, u których podawano w celu wstrzymania stolca makowiec, i niedozwalano picia wody, zejście śmiertelne, natomiast ci chorzy, którzy „proszków“ nie chcieli używać, a ugaszali pragnienie sokiem z kapusty kiszonéj albo zawlekli się ukradkiem w nocy do rzeki i tam przez noc leżąc wodą popijali wyzdrowieli. Jeszcze w r. 1832 byli lekarze (Miller i Gilkrest), którzy chorym ogromne ilości wody do wypicia polecali.

d) W zapadzie, osłabieniu czynności serca najlepiej działają hipodermoklizy same lub z dodatkiem ciał podniecających. Z wewnętrznych środków w tym celu były w użyciu: czarna kawa, puncz, grog, wino szampańskie, *spiritus Hoffmanni, cinnamomi, camphoratus, Valerianae aethereus*; *Moschus 0·2 — 0·5, tra Castorei 0·25 — 0·5, Ol. cornu cervi 0·3* itd. Podskórnie wstrzykiwano: eter *(2·0)*, *Ol. camphoratum* *(1·0—3·0)*, *coffeinum sulfuric. 0·1*; *atropinum sulfuric.* $^1/_2$ — *1 mgm.* Jednak na środki podniecające tak przez usta, jakoteż podskórnie podane wiele liczyć nie można. Tak wessanie jak i obieg krwi w naczyniach w wysokim stopniu bywa upośledzony; nawet wielkiemi dawkami tu wiele nie dokażemy. Niektórzy lekarze zachwalają w zapadzie u cholerycznych użyć energicznych zabiegów hidryatycznych, o czem jeszcze niżej mowa będzie.

* * *

W przebiegu napadu cholerycznego najwięcéj w oczy wpadającym objawem jest ostry wysięk surowiczy ze ścian jelita cienkiego. Cała ciecz w ustroju ma tak wielką dążność do wydzielania się w tym kierunku, że czynność innych narządów gruczołowych (gruczołów potnych, wątroby, nerek, ślinianek itd.) z powodu braku płynu zostaje zupełnie zawieszoną. Analogiczne, ale mniej gwałtownie przebiegające zjawiska, mamy i przy innych zmianach patologicznych. Je-

żeli znaczna wypocina opłucnowa lub otrzewnowa się tworzy, znika wydzielanie soli w moczu i znikają soki trawieńcowe; jeżeli mamy sokotok żołądkowy wysokiego stopnia, dzieje się to samo i ilość moczu się zmniejsza, a chlorki w takowym znikają, gdyż zdążają do narządu patologicznie podnieconego. Gdybyśmy byli w stanie u chorego cholerycznego gruczoły w ustroju tak silnie podrażnić do czynności, aby takowa wzięła górę nad nadmiarowem wydzielaniem w jelicie cienkim, to mogłoby się udać, że prąd cieczy dążący do tego jednego wyłącznego miejsca, mógłby być odprowadzonym i rozdzielić się na inne gruczoły, przez co krążenie w całem ustroju by się wyrównało, a przy pewnem napięciu zadrażnienia narządów gruczołowych więziły by one krew i resztę płynów w ustroju, nie dozwalając im udać się w kierunku jelita cienkiego. Pewnego rodzaju podobną wskazówkę posiadamy w obserwacyach wielu lekarzy cholerycznych, że jeżeli nam się uda przez podrażnienie skóry (nacierania, zimno), takową do potów pobudzić t. j. prąd krwi do skóry skierować, wtenczas stan chorego poczyna się polepszać. Środkiem takim, który by temu wyrozumowanemu wskazaniu zadość czynił mogłaby w praktyce być pilocarpina: ta bowiem ma własność, że podnieca w stanie fizyologicznym stosowana w wysokim stopniu gruczoły potne, ślinianki, gruczoły łzowe, a prawdopodobnie i nerki do wydzielania. Tym sposobem możnaby, wnioskując teoretycznie spodziewać się, że pilokarpina będzie dość silnym bodźcem do odwrócenia prądu cieczy od jelita cienkiego, a równocześnie może się przyczynić do wydalenia toksynów z ustroju przez inne gruczoły. Jeżeli więc postaralibyśmy się, aby w jelicie np. przez enteroklizę powstrzymać rozwój laseczników, to możeby się udało przez wstrzyknięcie pilokarpiny w takiej ilości (0·02 — 0·04), aby tylko do lekkiego pocenia i ślinienia przyszło, wysięk surowiczy w jelicie i zwiększanie się zagęszczenia krwi powstrzymać. Sprowadzenie bardzo obfitych potów uważałbym za zbyteczne, chodzi tylko o to aby prąd krwi w inny kierunek zwrócić. Przy tem należałoby zwrócić uwagę na to, aby chorzy wiele pili.

Próbę z *pilocarpinum muriaticum* wstrzykując je podskórnie równocześnie po lewéj i prawéj stronie tułowia uważałbym w napadzie cholerycznym teoretycznie za usprawiedliwioną. O ile jednak osłabiona czynność serca na to pozwoli, może tylko doświadczenie pouczyć.

C.

Inne metody i środki lecznicze.

1. Od najdawniejszych czasów za główne wskazanie w napadzie cholerycznym uważano powstrzymanie biegunki i w tym celu używano jeszcze przed pierwszem pojawieniem się cholery w Europie, w jej własnéj siedzibie. Indyach wschodnich, przetworów makowca. U nas stosowano przeważnie *tra laudani simplex* i to w dawkach wysokich 40—60 lub więcéj kropel naraz. Rossbach np. przytacza przykład w którym 10-letni chłopak w napadzie cholerycznym użył przypadkowo 5·0 *tra. opii* i wyzdrowiał. Makowiec podawano w każdéj biegunce w czasie epidemii cholerycznéj pojawiającéj się, a stale w początkach napadu cholerycznego. W *stadium algidum* przeważna część lekarzy obawiała się go podawać, aby osłabienia serca i depresyi układu nerwowego nie powiększać; tętno niknące uważano za przeciwskazanie do podania makowca. Wprowadzano go także we wysokich dawkach do odbytnicy w kleiku krochmalowym. Środek ten mając to swoich zwolenników, to przeciwników — pierwszych więcéj niż drugich — utrzymał się w użyciu przez wszystkie epidemie aż dotąd. Na pewnych jednak statystycznych danych, którebу za lub przeciw użyciu tego środka przemawiały, oprzeć się nie możemy.

Dornblüth z epidemii w Rostoku z r. 1859 opowiada, że po używaniu makowca widziano tak niekorzystne skutki, że sprzedawania tegoż urzędownie zabroniono. Chałubiński niepochwalał też podawania tego środka. Finkler zaś twierdzi że makowiec użyty w początkach napadu cholerycznego „przerywa rozpoczynający się napad choleryczny“. Wall zachwala makowiec w czasie epidemij cholerycznych do stosowania w biegunkach (w choleraphobii) u osób nerwowych, które równocześnie uspokaja. Teorya zaś o tyle za makowcem nie przemawia, że doświadczenia na zwierzętach wykonywane wykazały, że zakażenie takowych przez laseczniki p. dopiero po zastosowaniu makowca następuje. Może być, że makowiec u człowieka nietylko powstrzymuje ruchy robaczkowe, ale i zmniejsza patologiczne przesączanie się, jeżeli takowe ma za podstawę tło nerwowe. Finkler zaś wyraża w téj kwestyi przypuszczenie, że przez zatrzymanie przesięku w jelitach, laseczniki w swéj własnéj odżywce giną, gdyż przy rozkładzie kału rozwijają się saprofity, niedozwalające lasecznikowi p. się rozwijać. Sprawa więc terapii makowcowéj potrzebuje dalszych obserwacyj klinicznych i wszechstronnego wyjaśnienia przez doświadczenia patologiczne. Jeżeli jednak w praktyce mamy do rozporządzenia entero- i hipodermoklizę, to raczéj do nich, niż do makowca uciekać się będziemy.

2. Niektórzy lekarze starali się znów od samego początku pojawienia się epidemii cholerycznéj działać w sposób poronny podając środki przeczyszczające. Do takowych używano: *ol. Ricini*, *magnesia*, *sal. Glauberi*, *tra Rhei*, kalomel (0·6— 1·2). Lecz ogólne mniemanie wyrobiło się, że wyniki tego leczenia są gorsze, niż ze zastosowania przetworów makowca. Kalomel z makowcem albo wprzód kalomel a potem makowiec, używano w ostatnich epidemiach w przypuszczeniu, że przez użycie tego środka będzie można podobnie jak w durze brzusznym przerwać napad choleryczny, tem więcéj, że istnieje mniemanie, jakoby kalomel przechodził w ustroju na sublimat, i działał jako środek przeciwgnilny, co jednak przez doświadczenie dotąd nie jest stwierdzonem. Chałubiński uważając wyprowadzenie żółci za pierwsze wskazanie lecznicze w cholerze wyraża się o kalomelu: „Gdzie nie można dać *vomitorium*, niezmiernie jeszcze cennym środkiem w cholerze jest kalomel... Przy napadzie przewlekającym się, a szczególniéj złagodzonym już przez użycie *vomitorium* lub kalomelu może jeszcze być wielce użytecznym *Rheum*“. Rühle utrzymuje, że podczas epidemii w r. 1848—1849 we Wrocławiu przy biegunce cholerycznéj jeszcze z używania kalomelu najlepsze wyniki widział. Także i instrukcya komisyi rządowéj warszawskiéj z r. 1847 przepisuje, że leczenie napadu cholerycznego, jeżeli istnieje zaparcie stolca należy zaczynać od środków przeczyszczających (*magnesia c. rheo*); to samo polecenie powtarza i instrukcya z r. 1865. Z teoretycznego zapatrywania wychodząc, musimy powiedzieć, że środki przeczyszczające stosowane tak w celu profilaktycznym, jak i w napadzie samym zwiększają wysięk surowiczy, podrażniają przybłonek jelita i czynią go mniéj odpornym na wtargnięcie lasecznika p. który dostawszy się w ściany jelita, zapewne środkami przeczyszczającemi wyda-

lić się nieda. Poronnym środkiem w cholerze byłby taki środek przeczyszczający, któryby tylko wyłącznie działał na przyspieszenie ruchu robaczkowego.

3. Przeważna część lekarzy upatrywała w żołądku *materia peccans*, wywołującą chorobę, a to z powodu że napad choleryczny najczęściéj poprzedzają przypadłości dyspeptyczne (niesmak, odbijanie, gniecenie, nudność, mdłości, kruczenie itd.). Starano się też tę szkodliwość jak najspiesznej środkami wymiotnemi wydalić (Boeckh, Laloy, Escalier i inni). Do wywołania wymiotów używano *Pulv. Rad. Ipecacuanhae* po 0·5 co kwadrans, aż do skutku, a rzadziej mięszaninę; *Pulv. Rad. Ipec. 0·5 + Tartari stibiati 0·05*. Dla łatwości i dokładności wypróżnienia żołądka polecono pijać sporą ilość ciepłych napojów, najczęściej ciepły rozczyn soli kuchennéj. Od środka wymiotnego należy rozpoczynać leczenie napadu cholerycznego według instrukcyj Rad lekarskich warszawskich z r. 1847 i 1865.

Bardzo wielkim zwolennikiem poronnego leczenia przez wywołanie wymiotów był T. Chałubiński. Nie opierał on się na żadnem teoretycznem rozumowaniu, ale na własnéj obserwacyi, którą sam tak streszcza: „Faktem czysto empirycznym, nieulegającym żadnéj wątpliwości, ani wyjątkiem jest, że począwszy od okresu wstępnego aż do acme okresu depresyjnego, ilekroć uda się wywołać wymioty żółciowe, rokowanie staje się bezwarunkowo lepszém . . . Nigdy nie było ani jednego przypadku, aby kto po nastąpieniu obfitych wymiotów żółciowych zapadł na cholerę“. Dlatego u Chałubińskiego pierwszym zabiegiem w cholerze było podać *Pulv. Ipecacuanhae* z emetykiem, i to jak najwcześniéj, gdyż jak pisze: „W napadzie rozwiniętym wszelkie pokuszenie o wywołanie wymiotów żółciowych nadaremnie“. Niema najmniejszego powodu powątpiewać o prawdziwości faktów dostrzeganych przez tak trzeźwego i bystrego obserwatora, jakim był Chałubiński. Lecz mylne było tłumaczenie faktów obserwowanych. Żółć w przebiegu cholery się nie wydziela, a wątroba we zwłokach cholerycznych przedstawia się małokrwistą, wiotką i suchą. W przebiegu więc choroby, żółci wydobyć nie można chyba przypadkowo z zapasu zawartego we woreczku żółciowym. I to co Chałubiński mówi, że nie było przypadku, aby ktoś po pojawieniu się wymiotów żółciowych, na cholerę zapadł jest zgodne z prawdą, bo te osoby wymiotujące żółcią wcale na cholerę nie były chore, ale na niestrawność żołądka lub jelit, i u nich chociażby się było niczego nie stosowało, napad choleryczny nie byłby się rozwinął. Przytem nasuwa się uwaga, czy wymiociny żółciowe nie mogłyby służyć za kryterium, czy objawy dyspeptyczne, biegunka i t. d. pojawiające się w czasie epidemii polegają na zakażeniu cholerycznem, czyli też nie. Zauważyć jeszcze tu wypada, że wyprowadzenie żółci na laseczniki p. wcale nie wpływa, gdyż takowych nie zabija, a w jaki sposób wpływa wątroba na toksyny choleryczne, które prawdopodobnie drogą żyły wrotnéj do obiegu się dostają dotąd nie wiemy.

Przeciw wywoływaniu wymiotów na początku napadu cholerycznego, nic podnieść nie można, owszem przez wyrzucenie treści żołądkowéj, może lasecznikami p. zakażonéj, ominie się drażnienie chorych jelit, gdyby treść żołądkowa przez nie przechodzić musiała. Lecz do sprowadzenia wymiotów nie potrzeba się uciekać do proszków wymiotowych, po których zbytne podrażnienie żołądka nie potrzebnie długo trwa i chorego osłabia. Wystarczy łechtanie połyku chorągiewką pióra gęsiego suchą albo zwilżoną w oleju rącznikowym, tranie rybim i t. p.; a jeszcze skuteczniéj dzieje się to przez wprowadzanie sondy żołądkowéj w celu podrażnienia połyku lub ścian żołądka, podobnie jak to czynili kiedyś rzymscy lekarze wprowadzając dla wzbudzenia wymiotów długi rzemień do żołądka lub drażniąc połyk za pomocą przyprawionego długiego palca (*vomitorium digitate*). Przepłukanie żołądka byłoby tu najwłaściwszem. Rozumie się, że gdy w czasie napadu cholerycznego odruchowość ustanie, środki mechaniczne nie pobudzają do wymiotów, ale wtedy są one już zbyteczne.

4. Przy pojawieniu się cholery w Europie 1831 roku uważano ją za chorobę (zepsucie) krwi, to też leczono ją powszechnie przez upuszczanie krwi. Mianowicie Broussais, Blumenthal, Bouillaud i wielu innych koryfeuszów ówczesnych było zwolennikami téj metody leczenia. Jedni upuszczali krew przez wenesekcyę, inni przez przystawianie pijawek, inni znów zapomocą licznych baniek siekanych. I w tych czasach pisano o skuteczności tego postępowania. Rada ogólna lekarska Królestwa Polskiego z r. 1831 pisze w swéj instrukcyi dla lekarzy cholerycznych: „Upuścić krwi z ręki lub nogi stosownie do konstytucyi ciała od pół funta do półtora; że zaś krew niekiedy nie wypływa, część przeto ciała, z któréj ma być wydobyta, trzeba mocno nacierać, lub zanurzyć w wodzie ciepłéj lub w odwarze gorącym gorczycy. Środek ten, lubo skuteczność onego trudno z teoryi daje się wytłómaczyć, okazał się jednak tak ogólnie zbawiennym, iż nigdy nie powinien być zaniedbanym. Jeżeli wcześnie jest przedsięwzięty, częstokroć uważano, że choroba nagle ustaje bez zostawienia nawet śladu osłabienia. Jeżeli ma bydź istotnie skutecznym, powinien bydź przedsięwzięty w pierwszych godzinach choroby, a nie wtedy dopiero kiedy ciało już zaczyna stygnąć“. W następnych epidemijach już mniéj używano upustów krwi, jednak jeszcze i instrukcyje z r. 1865 polecają, aby silnym chorym upuścić pełny talerz krwi, a wzdłuż kręgosłupa postawić 15—20 baniek siekanych. Dziś zgodziłby się może niejeden lekarz łatwiéj na wprowadzenie krwi, zwłaszcza ze zwierzęcia odpornego na cholerę, niż na upuszczenie krwi choremu cholerycznemu.

Było jeszcze wielu lekarzy, którzy objawy choleryczne wyprowadzali ze zajęcia rdzenia pacierzowego, dlatego używali *derivantia*, stawiając *vesicantia* (Levington) lub robiąc przyżegania wzdłuż kręgosłupa (Raphaël, Wall).

5. Istnieje jeszcze cały legion środków farmaceutycznych podawanych w cholerze przez pojedynczych lekarzy, a najczęściéj ogłaszanych jako specyfiki przeciw cholerze. *Ammonium aceticum* (Magendie); *chininum sulfur.* (Andral); *Liquor ammonii anisati* (Strohmayer); salmiak (Chawłowski); *aqua chlori* (Jaenichen); *decoctum arnicae* (Breitenbücher); *magisterium bismuthi* (Biett); *stachis anatolica* i *tencrium polium* (Fauvel); *strychninum* (Jennke); *folia hyoscyami* (Anderson); *belladona* (Viardin); *folia nicotianae* (Pitschaft); *tra et spir. angelicae* jako *prophylacticum* i do wcierań w okolicę pęcherza; *ratanhia* (Rayer); *natrium bicarbonicum*, *natrium chloratum* i *kali chloricum* (Davier); sól morska (Milroy); *ac. nitricum* (Sponer); *argentum nitricum* (Lévy); *ol. cajeputi* (Bremer); *chloroformium* (Brady) i wziewania chloroformowe (Hill); *oleum petrae album* 10—15 kropli, zawarty był także w sławnym

w swoim czasie eliksyrze Woronezkim Andrzejewskiego z r. 1846; *cuprum sulfuric.* (Lisle); ocet z oliwą (Bienacki i Czernicki); odwar czosnku (Michel); haszysz (Villemin); *nux vomica* (Récamier); *natrium carbonicum* (Maxwell); piwo (Gubler); *ammonia liquida* (Carrière); *veratrinum* (Gloner); *carbo ligni* (Biett); *acid. aceticum* (Desrivieres); *acidum carbonicum* (Heldler); *bismuthum salicylicum* (Vulpian); metaloterapia (Burq); elektryczność przeciw kurczom (Herteloup, Duchenne) i t. d.

Rossbach poleca próbować *naphtalinum puriss. resublimatum* 0·1—0·5. na dawkę, 5—10 razy dziennie.

Sublimat który jeszcze w ogromnych rozcieńczeniach zabija laseczniki p. okazał się według prób Cantaniego, jakoteż Lustiga w lawatywach bezskuteczny. Natomiast Yvert podaje, że używał go w Tonkinie wewnętrznie w ilości 0·02—0·04 dziennie u 45 chorych i twierdzi, że miał tylko 9 (20%) przypadków śmierci.

Salol, który w kulturach osłabia laseczniki p. i teoryja bardzo przemawia za jego skutecznością był gorąco polecany przez Hueppego. Stosowany w kilkunastu tylko przypadkach w Indyjach Wschodnich, nie zdołał śmiertelności obniżyć, prawdopodobnie dlatego, że wobec szybkości przebiegu choroby, zostaje on wskutek biegunki i wymiotów wcześniej wydalony, nim się zdoła rozłożyć na kw. salicylowy i kw. karbolowy i działanie niszczące laseczniki przecinkowe rozwinąć, dlatego byłoby wskazaném podawać go równocześnie z makowcem.

Zaiste *quot capita, tot sensus!*

6. Hydroterapia. Od samego początku pojawienia się cholery starali się hydroterapeuci przez zabiegi wodolecznicze przeciw niej działać. Lecz doświadczeń we większéj ilości w tym kierunku nie zebrano. W r. 1847 próbowano hydroterapii w cholerze w Warszawie, jednak nie znalazła tam uznania. W nowszych czasach poleca ją znów Winternitz, a Urbaschek napisał w r. 1887 osobną rozprawę, jak należy stosować zabiegi wodolecznicze w napadzie cholerycznym. Hydrotorapia ma w leczeniu cholery pewne wytyczne wskazania, do których na podstawie fizyjopatologicznych zasad zmierzać usiłuje. Mianowicie zdąża ona do tego, aby za pomocą silnych bodźców termicznych (wody o nizkiéj ciepłocie) i mechanicznych (nacierania) tak silnie skórę chorego zadrażnić, aby przez to nawał krwi i soków dążących do jelita skierować do powierzchni ciała, czyli jak się wyrażamy zadziałać przez podrażnienie skóry odruchowo na jelita. Czy hydroterapeutyczne zabiegi są tak silnemi bodźcami do podrażnienia skóry, że zdołają zadziałać odruchowo na jelito choleryczne, i jakiego rodzaju odczyn nastąpi, muszą praktyczne doświadczenia pouczyć. Twierdzą jeszcze hydroterapeuci, że zabiegi wodolecznicze przyczyniają się do wydalania jadu cholerycznego z obiegu i są w stanie zwalniające się krążenie krwi w układzie naczyniowym utrzymać.

a) W *stadium prodromorum* celem zabiegów wodoleczniczych jest wywołanie potów. Chory leży dobrze przykryty w łóżku, dostaje suche okłady gorące, napary potne do picia, obok tego *excitaentia* n. p. *tra Chamomillae.* Kw. solny w ilości 8—10 kropel na szklankę wody może być z korzyścią podawany. Jeżeli chory zaczął się dobrze pocić, dostaje nacierania wodą o 14° R., poczem zawija się go w mokre prześcieradło i koc, aby się wypocił. Po 1—2 dniach chory bywa zwykle zdrów.

b) W okresie choleryny podaje się choremu wino szampańskie lub lód do połykania. Wykonywa nacierania jak powyżéj i zawija w prześcieradło mokre i koc. Podczas pocenia się podaje się do zażywania mięszaninę napotną po 25 kropel naraz:

Trae Valerianae aetherae 1·00
Vini Ipecacuanhae 6·0
Ol. Menthae piperitae gutt. VI

Przeciw częstéj biegunce podaje się 1—2 litrów wody zimnéj z dodatkiem 16 kropel kwasu solnego w lawatywie a na brzuch opaskę wilgotną, którą chory ma mieć na sobie w międzyczasie, kiedy na nim się żadnych zabiegów wodoleczniczych nie wykonywa. Jeżeli biegunka nie ustaje, wyciera się chorego 1—2 razy na mokro wodą o 14°—12° R. a zaraz na sucho i wsadza do kąpieli nasiadowéj (14—12° R.) na 15—20 minut.

Nacierania zimne, zawijania w koce przez 1—2 godzin, zimne kąpiele nasiadowe, lawatywy z zimnéj wody z dodatkiem kw. solnego, jakoteż picie wody zakwaszonéj kwasem solnym powtarza się dopóty, aż polepszenie nie następuje.

c) W *stadium algidum* powyższe procedury uskuteczniają się zapomocą wody o niższéj jeszcze ciepłocie. Lawatywy podaje się o 6°—3° R.; nacierania również wodą lodową o ciepłocie 6°—3° R. i w koc; robi się także kąpiele nasiadowe o ciepłocie 8° R. Oprócz tego pije chory wodę zimną z kwasem solnym, krople wyżéj podane, wino szampańskie i t. d.

Jeżeli stan chorego się nie polepsza, to daje się go do wanny i zlewa się z wysokości 8—10 stóp kilkoma konewkami bardzo zimnéj wody (*Sturzbad*) kark i plecy chorego ciągle go nacierając. Następnie kładzie się go do łóżka, wyciera na sucho a na brzuch daje opaskę mokrą i lawatywę z wody lodowéj (Casper).

W *cholera sicca*, albo gdy chory przejdzie w ciężkie *stadium asphycticum*, zupełnie osłabnie a tętno staje się prawie niewyczuwalne, to polecają następujące zabiegi. Najprzód rozcierania suchą flanelą a potem gołymi dłoniami; następnie kładzie się chorego do próżnéj wanny, zlewa wodą lodową (*Sturzbad*), nacierając ciągle całe ciało, a zwlaszcza nogi przez kilka minut; potem wyjmuje się chorego z wanny i bardzo energicznie na sucho wyciera. Znów wsadza się chorego do wanny i naciera śniegiem lub potłuczonym lodem, poczem się chorego kładzie na łóżko i energicznie wyciera na sucho, dając równocześnie choremu lawatywę z wody lodowéj. Powyższe zabiegi ma się dopóty powtarzać, aż kurcze ustaną, skóra się lepiéj zabarwi, tętno stanie się silniejsze, a kończyny się ogrzeją.

Zamierzając chorych cholerycznych leczyć zabiegami wodoleczniczemi *lege artis*, należy się wprzód odnieść do pism tę kwestyję specyjalnie traktujących. Tu tylko przytoczyłem ważniejsze szczegóły, aby się Szan. Czytelnik przekonać mógł, ile chory choleryczny jeszcze znieść może. Daty statystyczne z wyników leczenia hydryjatycznego cholery dotąd ogłoszone nie zostały.

Semmola podczas ostatniéj neapolitańskiéj epidemii stosował w samym początku napadu cholerycznego kąpiele gorące 38°—40° C. powtarzane po kilka razy, poczem chorych zawijano w koce i dawano do picia napary aromatyczne z dodatkiem małéj ilości wyskoku i makowca. Chorzy przy tem postępowaniu zwykle się pocili.

W Warszawie w r. 1847 według urzędowéj instrukcyi używano do ogrzewania chorych cholerycznych „kąpieli parowéj szafkowéj wynalazku Ossowskiego.“

W Haarlem w r. 1886 umieszczano w jednéj z tamtejszych fabryk każdego robotnika, który dostał biegunki lub napadu cholerycznego do komory ogrzanéj do 38° C. na 8—36 godzin. Chorzy leżeli na materacach wypełnionych gorącym piaskiem i pocili się. Na 71 w ten sposób leczonych umarło tylko dwóch.

IV.

Zastosowanie szczegółów terapeutycznych do danego przypadku.

Leczenie cholery nie może być szablonowe, zależy bowiem od jakości przypadku, od osobistego zapatrywania się lekarza i zaufania do pewnych metod i środków. To też trudno by było podać szczegółowe przepisy ważne na wszystkie przypadki. Jednak z tego, co się dotąd powiedziało, wyłania się szemat, w którego ramach główne wskazówki mogą być pomieszczone.

a) Jeżeli w czasie epidemii cholerycznéj, osoba dotąd zdrowa i nieowładnięta trwogą choleryczną (cholerafobią)[1]), uskarża się na objawy dyspeptyczne (niesmak, nudności, gniecenie, pełność, kurczenie w brzuchu i t. p.), to nie będziemy się kusić te objawy, jakto się w innym czasie często dzieje, usuwać zapomocą środka przeczyszczającego, ale w razie uprawnionego przypuszczenia, że żołądek jest napełniony treścią, zapomocą wymiotów, używając jednak do tego środków mechanicznych podanych w ustępie III. C. 3. Jeżeli istnieją przeciwskazania do wymiotów, albo podrażnienia mechaniczne nie skutkują zwłaszcza jeżeli chory na użycie sondy się nie zgadza, to będziemy się starali uśmierzać objawy dyspeptyczne przez podanie szklanki zimnéj wody dobrze zakwaszonéj kwasem solnym (6 kroplami), lepiéj jeszcze zimnéj wody sodowéj kwaśnéj, albo ostatecznie i szklanki dobrze kwaśnéj limonady. Kwaśne płyny pije chory dla oszczędzenia zębów najstosowniéj zapomocą rurki szklannéj lub piórka wrzącą lub kwaśną wodą wymytego. Jeżeli te środki nie pomagają, to polecamy lewatywę gazową (p. I 13) lub garbnikową (p. III B.), jakoteż wstrzymania się od spożywania pokarmów stałych przez 1—2 dni.

Jeżeli po tego rodzaju objawach dyspeptycznych albo w innych przypadkach i bez takowych pojawiają się nagle kilkorazowe rzadkie stolce[2]) bez bólów, to należy doradzać choremu, aby się położył do łóżka, zwłaszcza jeżeli w takim chorym można dostrzedz prawdopodobnego kandydata do napadu cholerycznego. Doświadczeni praktycy choleryczni podają, że wejrzenie osoby zdradza zbliżający się napad choleryczny, mianowicie nalot siny, albo lekka obwódka sinawa naokoło ócz, zmiana (zmniejszenie) połysku rogówek i chłodna skóra.

[1]) Objawy niestrawności nerwowej, które wywołuje „*choleraphobia*“, wymagają leczenia sugestywnego podając równocześnie krople przy końcu ust. I. 13. podane same lub z małą ilością *tra Opii simplex* jako środek „antycholeryczny“. — [2]) W dawniejszych epidemiach rozpoczynano leczenie napadu cholerycznego przy pojawiającej się biegunce najczęściej od podawania znacznych dawek *Tra Opii*. Korzystném by było łączenie makowca równocześnie z dużymi dawkami środków antyseptycznych (*salolum*, β-*naphtolum benzoicum* lub *salicylicum*, *ac. salicylisum thymolum* i t. d. i zapijanie takowych wodą zakwaszoną kw. solnym.

Chory w łóżku powinien leżeć na nieprzemakalnem płótnie gumowem i mieć pod odbytem gruby kompres lub pokład bibuły, którą po zanieczyszczeniu wrzuca się do pieca, a nową podkłada. Chorego należy dobrze nakryć, położyć ciepły, suchy okład na brzuch, podawać do picia gorące napary opisane w ust. III. B. 3. i wyczekiwać dalszego przebiegu. W cholerze bowiem nie mamy pewnych oznak, po którychbyśmy mogli poznać, czy napad choleryczny się zatrzyma, czy też w całéj pełni się rozwinie.

Jeżeli biegunka trwa, to przystępujemy bezzwłocznie do podania enteroklizy Cantaniego według opisu w ust. III, B. Gdyby chory lawatywy nie mógł utrzymać długo i oddal ją wkrótce, to podajemy wnet drugą z większą ilością *trae laudani.* W praktyce prywatnéj korzystnie będzie kazać chorego obłożyć suchemi okładami pod III, B. 1. opisanemi i dawać pić napary.

Po tych zabiegach według Cantaniego ustaje biegunka śluzowa pierwszego okresu, a chorzy wychodzą zdrowi.

b) Bywają jednak przypadki, w których chorzy przechodzą w drugi okres biegunki surowiczéj, w cholerynę, opisany w ust. II, b. Natenczas należy energicznie powtórzyć enteroklizę, a w praktyce prywatnéj kazać chorego jeszcze rozcierać spirytusami w sposób w ustępie III, B. 1. opisany, podawać mu często napary do picia a następnie obłożyć ciepłemi obkładami, albo zarządzić naparzania podane w ust. pod III. B. 1. i robić przygotowania do podania hypodermoklizy w sposób w ust. pod III. B. opisany, nim jeszcze wytworzy się *stadium algidum.* W tym okresie trzeba mieć baczność na czynność serca (tętno).

[Jeżeli stolce serwatkowe są bardzo obfite, to tu byłaby pora zrobienia próby ze wstrzykiwaniami *pilocarpinum muriaticum* w ilości 0·02—0·04 w mięśnie tułowia, według opisu w ust. III. B.]

Po podaniu hypodermoklizy należy ciągle czynność serca kontrolować, aby wiedzieć czy hypodermoklizę należy jeszcze powtórzyć. Według Cantaniego hypodermokliza w tym okresie stosowana daje dobre wyniki.

c) Jeżeliby hypodermoklizy nie można stosować, to należy robić jeszcze próby z enteroklizą, rozcieraniami, okładami gorącemi, z częstem podawaniem do picia gorących naparów ze środkami podniecającemi i kw. solnym.

Gdy się wytworzy *stadium asphycticum*, to szanse ocalenia chorego się zmniejszają, ale wyzdrowienie jeszcze możliwe, zwłaszcza jeżeli możemy stosować hypodermoklizę; i w tym okresie jeszcze w zabiegach ustawać nie należy. W ciężkim *stadium asphycticum* próbowano (Delpech) chorych zanurzać do gorącéj kąpieli, lecz wielu lekarzy (Legroux, Herteloup, Rosenblum i inni), zauważało z tego postępowania tylko niekorzystne wyniki, radzili przeto postępować wprost przeciwnie. A mianowicie uważać chorych w *stadium asphycticum* jako na wpół zamarzłych i w podobny też sposób leczyć.

Należy choremu wprzód wlać do ust silnego środka podniecającego: *spiritus camphoratus*, *tra Castorei* i t. p., przynieść wody zimnéj wprost ze studni, dać z niéj lawatywę w ilości 1—2 litrów (można dodać 1 grm. kw. solnego do niéj). Potem pootwierać okna w pokoju, odkryć zupełnie chorego i wycierać energicznie całe ciało lodem lub śniegiem zawiniętym we flanelę, a w braku lodu wodą wprost ze studni zaczerpniętą. Do rozcierań potrzeba przynajmniéj dwóch silnych ludzi. Rozcierań zaprzestaje się do-

piero wtenczas, gdy skóra zaczyna czerwienieć i nabierać ciepła, co jednę lub nawet dwie godziny czasu wymaga. Gdy to nastąpi, zawija się chorego szybko w mokre prześcieradło i koc. Prześcieradło zanurza się w bardzo zimnéj wodzie i jak najsilniéj wykręca, poczem rozpościera się go na kocu i kładzie chorego na prześcieradło, położywszy w miejscu zagrożonem zanieczyszczeniem przez wypróżnienia gruby suchy kompres. Prześcieradło zawiązuje się na szyi chorego i obwija się niem całe ciało i nogi, następnie obwija się chorego kocem i nakrywa pierzyną. Podczas tych zabiegów należy pamiętać, aby chory często pił. Jeżeliby się chory uskarżał na wewnętrzne palenie, to należy mu jeszcza dać jedną lawatywę ze zimnéj wody.

Hydroterapeuci polecają w ciężkiem *stadium asphycticum* jeszcze energiczniejsze zabiegi, o których była mowa w ostatnim ustępie (III, C, 6) przy leczeniu *cholera sicca*. Mianowicie ma korzystnie działać zlanie chorego we wannie kilkoma konewkami wody lodowéj z wysokości 10 stóp *(Sturzbad)*, co szczegółowo wyżéj opisanem zostało.

2. Po przebyciu napadu cholerycznego i okresu odczynu nie potrzeba właściwie żadnego leczenia. U wielu jednak ozdrowieńców przez dłuższy czas pozostaje jeszcze osłabienie i wrażliwość kiszek; powinni przeto zachowywać ścisłą dyjetę, przebywać w cieplem i suchem mieszkaniu, ubierać się ciepło we flanelę, na brzuchu nosić opaskę flanelową, nie narażać się na zimno i wilgoć; nie powinni też używać trudnych do strawienia pokarmów. Najwłaściwszemi będą: kleiki z kaszki perłowéj, pszennéj, owsianéj, sago, tapioka, galarety, bulion z jajami, lekkie rosoły (z gołębia, kurczęcia, cielęciny) z kaszką, winna polewka, jaja na miękko, sucharki, — a za napój: herbata, woda z dodatkiem dobrego wina czerwonego lub woda sodowa kwaśna. Do stałych pokarmów powinni chorzy bardzo zwolna przechodzić, tak jak gdyby przebyli dur brzuszny.

3. Następowe objawy durzycowe pocholeryczne leczy się symptomatycznie. W celu wywołania moczu podaje się do picia limonady, szczawy; wewnętrznie według przypadku *diuretinum, digitalis, kali aceticum*. Przy wytwarzaniu się biegunki lub stolców dysenterycznych podaje się lawatywy z taniną, kalomel, *bismuthum salicylicum*, salol. Bóle w brzuchu uśmierza się lawatywami z rumianku z dodatkiem 3 grm. eteru. Wymioty powstrzymują najlepiéj podskórne wstrzykiwania morfiny. Dla podniecenia łaknienia: kw. solny sam lub w połączeniu ze *stomachicum*, np. z *extractum, Condurango*, albo woda sodowa kwaśna.

* * *

Z całego powyższego zestawienia terapii okazuje się, że znajdujemy się obecnie dopiero w samych początkach nowego kierunku terapeutycznego, ale opartego na stałym i dokładnie odgraniczonym gruncie, którego opracowanie rokuje dla praktyki dodatne wyniki.

II. Oceny i sprawozdania.

Prof. Brouardel i J. Ogier: Metody badań toksykologiczno-sądowych. (*Methodes d'expertises toxicol. travaux du laboratoire*), Paryż, 1892 z rycinami.
(Dok. Patrz Nr. 32).

Ogier i Minovici: Wpływ ptomainów na wykrycie alkaloidów roślinnych. Autorowie postawili sobie za cel trudnéj i uciążliwéj pracy wykazanie, czy obecność ptomainów w wnętrznościach ludzi otrutych alkaloidami roślinnemi może się stać przyczyną omyłki w wykryciu tych ostatnich a tem samem i w orzeczeniu?

W tym celu poddawali najpierw wątrobę i nerki (u otrutych alkaloidami zwykle mieszczących resztki takowych) trupów w rozmaicie daleko posuniętym stanie zgnilizny, postępowaniu Stasa i Dragendorffa. Uzyskane ptomainy badali odczynnikami na alkaloidy ogólnemi i specyjalnemi. Ostateczne wyciągi uzyskane metodą Stasa i Dragendorffa przedstawiają najczęściéj pozostałość stałą barwy żółtawéj lub brunatnéj o woni niemiłéj, przypominającéj nieco tarń lub guano. Oddziaływanie pozostałości tych jest stale zasadowe. Ilość pozostałości téj była tem większą, im znaczniejszy był postęp zgnilizny narządów do badania użytych, ale tylko do pewnéj stałéj granicy. Części ze zwłok ekshumowanych po 21—23 miesiącach, dawały bardzo nieznaczną ilość pozostałości. Największą ilość takowéj otrzymywano w przybliżeniu ze zwłok przez 8 do 20 dni przechowywanych w zwykłéj średniéj ciepłocie. Celem przekonania się czy ptomainy tak uzyskane, oddziaływają na odczynniki alkaloidów w równy sposób z temi ostatniemi, czyli zatem, czy z zwłokach osób wrzekomo alkaloidami otrutych, w istocie zaś nie otrutych, wykrycie alkaloidów może być uwieńczone mylnym dodatnim wynikiem wobec istnienia ptomainów, — pozostałości uzyskane z narządów ludzi zmarłych z różnych chorób a już gnijących poddano badaniu na zwykłe odczyny. Przytem przekonano się, że chlorek żelazowy sam z ptomainami nie daje żadnego barwnego odczynu, czyli, iż jest on dobrym odczynnikiem dla morfiny (zabarwienie niebieskie). Rozczyn wyskokowy wodnika potasu z ptomainami utlenionemi kwasem azotowym nie barwi się fijoletowo, jak wobec atropiny. Kwas azotowy nie daje z ptomainami zabarwienia fijoletowego jak z kolchicyną; inne odczynniki a zwłaszcza te, które zawierają kwas siarkowy jak sulfoseleniany, wanadany i t. d. nie są odczynnikami pewnemi w wykryciu alkaloidów roślinnych; reakcyje ich bowiem wobec ptomain są podobne do reakcyi wobec alkaloidów. W ogóle zauważyć należy, iż na wyniku reakcyj chemicznych nie można z zupełnym spokojem i pewnością opierać swego orzeczenia. Orzeczenie zatem musi być ugruntowane na wyniku badania chemicznego, doświadczenia fizyjologicznego, na obrazie sekcyjnym, wreszcie na wiarogodnem podaniu objawów poprzedzających śmierć człowieka otrutego.

Z drugiej znów strony było staraniem autorów przekonać się, o ile obecność ptomainów stanowi przeszkodę w wykryciu alkaloidów w narządach istotnie nimi zatrutych. Doświadczenie wykazało, iż musi być staraniem chemika, o ile możności oddzielić ptomainy od alkaloidów. W tym celu pozostałość uzyskaną metodami wyciągowemi Stasa i Dragendorffa, wytrawiają kwasem solnym, który niszczy ptomainy, pozostawiając alkaloidy roślinne w stanie nienaruszonym. Wyciąg obecny przesącza się i wyparowuje w próżni wobec tlenku wapniu. Mimo tego postępowania, bezwzględnego oddzielenia ptomain od alkaloidów uzyskać nie można.

Przyznać więc należy, że ptomainy mogą stać się łatwym powodem omyłki przy wykryciu w istocie zawartych alkaloidów. Jednak i tu staranny i sumienny rzeczoznawca ustrzeże się omyłki, jeśli obok wyniku badania chemicznego uwzględni objawy bezpośrednio przed śmiercią zauważone przez osoby wiarygodne i t. d. W końcu zauważają autorzy iż w trudnych tych badaniach, orzeczeniami swemi raczé winnych uniewinnili, niż niewinnych potępili.

Dr. Wachholz.

III. Sprawozdanie z IV. Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie w dniach 12, 13 i 14 lipca 1892.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32.)

II. wykład Dra Rościszewskiego (Kraków): „O przeszczepianiu moczowodów do odbytnicy“.

Po krótkiem przedstawieniu odnośnej literatury zdaje prelegent sprawę z własnych doświadczeń. Ogółem wszczepił u 6 psów jeden moczowód do *rectum.* Z tych pięć zdechło po 3—5 dniach z powodu zapalenia otrzewny (szwy nie trzymały), jeden zaś przetrzymał zabieg i żył przez 3 miesiące. Przez ten czas oddawał kał nieco rzadszy, mógł go jednak dobrze zatrzymywać i zachowywał się zresztą prawidłowo. Po tych trzech miesiącach wszył mu drugi moczowód do *rectum.* Pies zdechł po 3 dniach znowu wskutek zapalenia otrzewny, szew bowiem puścił. Przy sekcyi okazało się, że moczowód pierwéj wszyty wrósł zupełnie dobrze do odbytnicy, ujście jego było dla zgłębnika zupełnie drożne, żadnego zwężenia nie było, ani też zadrażnienia na błonie śluzowéj *rectum* koło ujścia jego. Natomiast sam moczowód był nieco zgrubiały, a miedniczka nerkowa silnie rozszerzona, wypełniona ropiastą cieczą. Istota nerkowa węższa niż normalnie, rysunek jéj zamazany, niewyraźny. Czy powyższe zmiany pochodzą od ucisku przez mocz zatrzymywany wskutek jakiegoś zwężenia moczowodu, które później ustąpiło, czy też powstały wskutek zapalenia, które się przeniosło z błony śluzowéj moczowodu do miedniczki, pod wpływem drażnienia kałem, o tem rozstrzygnie badanie mikroskopowe, którego dotąd nie można było uskutecznić (pies zdechł przed 3 dniami). Prelegent przypisuje nieudałe przypadki zbyt mało udoskonalonéj technice i nie uważa swych doświadczeń za ukończone, lecz chce je daléj prowadzić i na przyszłym Zjeździe przedstawić wyniki.

Prof. Rydygier podnosi ważne znaczenie opisanych przez prelegenta doświadczeń i wskazuje na sprzeczność zdań pomiędzy chirurgami co do wyników przeszczepiania. Podczas gdy Lister zachęca do wykonywania téj operacyi (w jego przypadku nastąpiła śmierć w 5 dni po operacyi wskutek zapalenia płuc, a szwy trzymały bardzo dobrze), większość chirurgów jest jéj przeciwnikami, wskazując na niebezpieczeństwo infekcyi nerek. Proponowano także przeszczepianie moczowodów z jednego miejsca pęcherza na inne, co może mieć znaczenie i wpływ zbawienny wobec raka pęcherza usadawiającego się w okolicy ujścia moczowodów.

III wykład Docenta Trzebickiego z Krakowa: „W sprawie podwiązania żyły udowéj“, będzie w całości umieszczony w „Przeglądzie Lekarskim“.

IV wykład. Dr. Wehr ze Lwowa: Przyczynek do leczenia operacyjnego gruźlicy jąder.

Wiadomą jest rzeczą, że gruźlica jądra należy do najczęstszych chorób jąder i że w największéj liczbie przypadków rozpoczyna się ogniskiem w przyjądrzu, i to według Bardenheuera z reguły w *Cauda*, według Monod'a et Terillon'a i Krzywickiego najczęściéj w *Caput epididymidis.* Nie zastanawiając się bliżéj nad wartością kastracyi przy *Tub. testis descendens,* gdzie pierwotnie inne części narządów moczów płciowych są zajęte gruźlicą, lecz mając na względzie tę najczęstszą formę pierwotnéj gruźlicy przyjądrza w *Tub testis ascendens,* należy uważać na rzecz pożądaną ze względów praktycznych, pewne rozstrzygnięcie pytania, jak długo gruźlica przyjądrza pozostaje sprawą czysto miejscową nie zajmując jądra. Bardenheuer twierdzi, że gruźlica przyjądrza przeciętnie przez przeciąg jednego roku ma pozostawać sprawą miejscową w przyjądrzu i że w takim razie resekcyja przyjądrza względnie jądra wystarcza do doszczętnego usunięcia gruźliczego ogniska, i dlatego podjął w roku 1886 na nowo myśl podaną swego czasu przez Malgaigne'a i podał jako metodę operacyjną resekcyję przyjądrza, zamiast kastracyi w początkach *Tub. testis ascendens.* Nowsza praca Dürra dowodzi, że w większéj połowie przypadków wczesnéj kastracyi, jądro już w okresie od 2 do 6 mies. od początku choroby, było zajęte gruźlicą. Bruns na podstawie swéj kazuistyki potępia podobnie jak Kocher operacyję Bardenheuera.

Na podstawie badania klasycznego przypadku, który prelegent zawdzięcza kol. Longchampsowi (Przegl. lek. 1892 str. 133.) musimy przyznać słuszność Brunsowi i uważać operacyję Bardenheuera za nieodpowiednią.

W przypadku tym u 35 letniego mężczyzny można było wybadać guzek twardy wielkości małego orzecha laskowego w *Cauda epididymidis*, trwający niespełna 7 miesięcy, pokryty skórą prawidłową, mało dotkliwy, jądro zaś zupełnie prawidłowe, niepowiększone. Badanie po kastracyi wykazało serowato-rozpadłe ognisko gruźlicze w *cauda* i masę porozsiewanych typowych gruczołków w całém jądrze i przyjądrzu. (Demonstracyja preparatów).

Przypadek ten potwierdza w zupełności spostrzeżenia Brunsa i dowodzi że i wobec niedających się wykazać klinicznie jakichkolwiek zmian w jądrze, w przebiegu gruźlicy przyjądrza, może być jednak całe jądro gruźlicą zajęte i to we wczesnym okresie choroby, a kastracyja nie zaś resekcyja, jest racyjonalną metodą operacyjną.

W dyskusyi nad tym wykładem prof. Obaliński wskazuje na podobieństwo, jakie zachodzi pomiędzy gruźlicą jądra a stawów pod względem przebiegu, a na dowód tego przytacza przypadek, gdzie pomimo wyskrobywania jądra człowiek przez kilkanaście lat był zupełnie zdrowym i płodził dzieci. Mowca sądzi, że po rzeżączce występują czasem w jądrze zmiany do gruźliczych podobne, a usunięcie tych zmian przez wyskrobanie może najzupełniéj wystarczyć. — W przypadkach gruźlicy jest mowca za usunięciem całego jądra.

Dr. Schramm (Lwów) jest zdania, że w każdym przypadku gruźlicy jądra należy wyciąć całe jądro, gdyż pozostawiona reszta i tak po pewnym czasie ulega zanikowi. Część pozostawiona jądra nie ma wpływu na potencyję. Że mogą istnieć przypadki pierwotnéj gruźlicy jądra, dowodzi przypadek Dra S. zupełnego wyleczenia po kastracyi. Mowca radzi tylko w wyjątkowych przypadkach, w których ognisko gruźlicze w jądrze jest bardzo nieznaczne, ograniczać się do wyskrobania.

Dr. Steuermark z Kołomyi cytuje z własnéj praktyki dwa przypadki gruźlicy przyjądrza u dzieci między 4-ym a 6 ym rokiem życia, u których wycięcie ogniska gruźliczego wraz z skórą zajętą sprowadziło zupełne wyleczenie.

Dr. Obtułowicz z Buczacza przytacza również przypadek gruźliczy przyjądrza u człowieka, u którego po wyłuszczeniu jądra, wystąpiła gruźlica drugiego przyjądrza.

Dr. Ziembicki radzi badać zawsze gruczoł krokowy i woreczki nasienne, bo gdy sprawa gruźlicza daleko już jest posunięta, nie ma racyi bytu wyłuszczenie jądra.

Dr. Drobnik z Poznania wypowiada podobne zapatrywanie i przytacza przypadek gruźliczy przyjądrza, w którym nie operował radykalnie z tego powodu, że pacyent dotknięty był także gruźlicą kręgów i krtani.

Prof. Rydygier jako dowód wpływu psychicznego na potencyę nadmienia o przypadku zupełnie wiarygodnym, bo tyczącym się lekarza, u którego po obustronnéj kastracyi istnieje zupełnie prawidłowy popęd płciowy, i pomimo że upłynęło już 1½ roku od operacyi, chory spółkuje jak dawniéj i doznaje przyjemności.

Po przemówieniu prelegenta przewodniczący zamknął posiedzenie.

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 11 Lipca. Cholera posuwa się w Rossyi coraz daléj. Nowe ogniska epidemii pojawiły się w Penza, Ufa. Ostatnie wiadomości donoszą o wybuchu epidemii w Rybińsku, w Moskwie pojawiają się również coraz liczniejsze przypadki. Według urzędowych źródeł z Paryża, epidemia cholery się tam zmniej-

sza, do 20 lipca jednakże zachorowało 587 osób, z tych zmarło 371.

* Liczba osób zmarłych w Rosyi na cholerę do dnia 1 sierpnia, według sprawozdań urzędowych, wynosi: na Kaukazie 7.887, w gubernii astrachańskiéj 4.416, w prowincyi dońskiéj 2.958, w kraju Zakaspijskiem 2.884, w gubernii saratowskiéj 2.324, w gub. samarskiéj 2.027, w gub. simbirskiéj 312, w gub. niżno-nowogrodzkiéj 221, w gub. charkowskiéj 163. We wszystkich innych guberniach, gdzie epidemija niema charakteru tak ostrego, zmarło w tymże czasie wogóle 726 osób. Ponieważ z wielu miejscowości, dotkniętych epidemiją, nie nadsyłano systematycznych sprawozdań, przeto przyjmuje *Prawitiel. Wiestnik*, że w całem państwie do dnia 1 sierpnia zmarło 25.000 osób.

* Dr. Virchow ma jutro przejeżdżać przez Warszawę do Moskwy na kongres, zkąd prawdopodobnie uda się do gubernij nadwołżańskich, w celu zaznajomienia się z przebiegiem cholery. Dr. Virchow jedzie w towarzystwie syna swego, prof. Hansa Virchowa i Dra Popowa. W Warszawie Dr. Virchow zatrzyma się kilka dni.

* Dr. Tiszkow z Taszkientu zwraca uwagę, że obecna epidemia cholery w wielu przypadkach przebiega odmiennie, wypróżnienia są mniéj obfite i z początku nie mają właściwego wejrzenia, jak ryżowa zupka.

Leczenie w szpitalu cholerycznym zwykle zaczyna się od podawania kalomelu 0,75 na raz, lub po 0,20 co $^1/_2$ godziny. Obok tego dają lewatywy z 1% roztworu taniny ogrzanego do 40°C i starają się pobudzić akcyę serca. Opiatów wogóle używają bardzo mało. Przy słabem tętnie wstrzykują podskórnie 1—3 strzykawek na raz *Ol. camphorati pro injectione.* Przeciwko kurczom polecają rozcierać kończyny spirytusem kamforowym i wkładają chorego do gorących kąpieli. Kiedy już chory zaczyna przychodzić do siebie podają mu *Bismuthum subnitricum* po 0,60 3—4 razy na dzień i dyeta tylko płynna.

Leczenie takie jak dotąd, dawało bardzo dobre rezultaty.

* W tygodniu 30-ym (od 24—30 lipca) było w Krakowie małżeństw 7, urodzeń 42, skonów 42, z tych z gruźlicy 10, z zapalenia płuc 8, z nieżytu żołądka i jelit 5, z płonicy 1, z duru brzusznego 1.

* Do dnia 1 sierpnia było w Krynicy gości 3397, — w Szczawnicy do 31 lipca 2090, — w Truskawcu do 29 lipca 952.

* **Wiedeń**. Na posiedzeniu Wydziału lekarskiego zaproponowano na następcę po Prof. Meynercie Prof. Krafft-Ebinga.

* **Berlin**. Rektorem Uniwersytetu został wybrany Rudolf Virchow, dziekanem wydziału lekarskiego, prof. psychiatryi Dr. Jolly.

* **Zmarli**. W Krościenku koło Chyrowa zmarł 29 lipca b. r. Dr. Stanisław Maszkowski urodzony we Lwowie w r. 1864, syn ś. p. Karola Maszkowskiego prof. politechniki lwowskiéj, jeden z młodszych wychowanków Uniw. Jagiell. Koledzy których był ulubieńcem złożyli wieniec na trumnie. — W Frankfurcie n. M. zmarł b. prof. anatomii w Zurychu Dr. H. Meyer.

* Przed paru miesiącami doniosły pisma niemieckie lekarskie i polityczne, że Wydział lekarski w Insbruku celem obsadzenia trzech nowo powstać mających katedr a względnie klinik zaproponował Ministerstwu trzech specyjalistów zamiejscowych, a mianowicie Dra Biederta z Hagenau w Alzacyi dla pediatryi, Dra Herynga z Warszawy dla laryngologii i Dra Fleinera z Heidelbergu dla syfilodologii. W jakiś czas później pojawiło się w *Wien. klin. Woch.* oświadczenie Wydziału lek. w Insbruku téj treści, że wiadomość owa jest bezzasadną, ponieważ Wydział żadnego ze wspomnianych lekarzy nie proponował, a tem samem o odmowie z ich strony mowy być nie mogło. Ponieważ z oświadczenia Wydziału zdawaćby się mogło, że panowie ci sami wiadomość o swem powołaniu do Insbruku rozszerzyli; przesłali oni do *Berl. klin. Woch.* obronę swoją, w któréj dowodzą, że upoważnieni przez Wydział rzeczywiście zapytywali się ich, czy byliby skłonnymi do objęcia rzeczonych katedr w Insbruku, i że oni po namyśle wymówili się od przyjęcia tego wezwania. Obrona ta umieszczoną została w Nrze 31 tygodnika berlińskiego z d. 1 bm. dosłownie z podpisami wszystkich trzech lekarzy, o których się rozchodziło. Sprawę tę podnosimy nie tyle z powodu dziwnego postępowania Wydziału lek. w Insbruku, ile z powodu, że pomiędzy zaczepionymi przez Wydział znajduje się także rodak nasz i zasłużony specyjalista Dr. Heryng w Warszawie i ponieważ przez niego zostaliśmy poinformowami o prawdziwym stanie rzeczy. Otóż miała ona się jak następuje: Listem data Insbruk 8 kwietnia b. r. (którego kopią mamy w ręku) prof. Nicoladoni udał się do kol. Herynga z zapytaniem, czyby nie przyjął katedry nadzwyczajnéj w Insbruku i czyby nie był gotów porzucić dotychczasowego swego stanowiska intratnego, aby stać się założycielem i kierownikiem nowéj kliniki otyjatryczno-laryngologicznéj w Insbruku; w razie zgodzenia się na tę propozycyję, piszący prosi o przysłanie *curriculum vitae* i wykazu prac naukowych. W następstwie rokowań rozpoczętych na podstawie tego listu kol. Heryng udał się do Insbruku, gdzie dziekan Wydziału lek. oświadczył mu, że powinien się porozumieć z prof. Nicoladonim, który w téj sprawie jest mężem zaufania Wydziału. W rozmowie z tym ostatnim, kol. Heryng żądał 10 dni namysłu, po upływie których listownie mu oświadczył, że ofiarowanéj sobie katedry nie przyjmuje. Korespondencyję w téj sprawie zakończył prof. Nicoladoni temi słowy: „Żałuję, że Pan odrzucił wezwanie do Insbruku“.

Kto zna sposób, w jaki sposób sprawy powołania na katedry w państwie austryjackiem się odbywa, przyzna, że wszystko i w tym przypadku odbyło się całkiem prawidłowo. W razie wakansu Wydział wyznacza komisyję, w skład któréj wchodzą członkowie reprezentujący przedmioty spowinowacone z przedmiotem obsadzić się mającym. Przewodniczący lub członek téj komisyi znosi się z kandydatem lub kandydatami, których komisyja uznaje za najgodniejszych, a następnie zdaje sprawę Wydziałowi pełnemu, poczem dziekan urzędowo zapytuje się kandydata, a otrzymawszy oświadczenie jego pisemnie, przedstawia go Ministerstwu oświecenia. Jeżeli więc prof. Nicoladoni traktował z kol. Heryngiem, to miał zupełne do tego prawo jako członek a może i przewodniczący komisyi przez Wydział wyznaczonéj do szukania i proponowania kandydata, bo też dziekan kandydata odesłał do niego, jako męża zaufania Wydziału, a późniejsze wystąpienie dziekana o tyle tylko tłomaczyć sobie możemy, że Wydział prawdopodobnie zbyt się pospieszył ze szukaniem kandydatów równocześnie aż na trzy katedry, nie będąc może jeszcze przez Ministerstwo do tego upoważniony, a zrażony potrójną odmową mógł ogłosić, o tyle zgodnie z prawdą, że propozycyja obsadzenia katedr nie była czyniona, bo rzecz naturalna, że Wydział nie mógł Ministerstwu proponować kandydatów, skoro kandydatów, gotowych do przyjęcia, katedr, nie miał.

Sprostowanie. W artykule prof. Dra Jaworskiego: „Zestawienie szczegółowe itd.“ Nr. 32 str 394, szp. II, w. 2 od g. zamiast: „(saprofitów) może“, czytaj: „(saprofitów) ginie może“; str. 395, szp. II, w. 10 od g zamiast: „tanina (Cantani)“, czytaj: „tanina w rozczynie 1% przy 37° po $1^1/_2$ godziny (Cantani)“.

W zastępstwie Redaktora: Dr. Murdzieński.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.